CAPITOLUL 2. ELEMENTE DE DEMOGRAFIE

Obiective pedagogice:

- **să definească evenimentele demografice: născutul viu, născutul mort**
- **să diferențieze tipurile de indicatori utilizați în măsurarea fenomenelor demografice (rată de raport, indicator intensiv de indicator de structură)**
- **să precizeze datele necesare măsurării natalității, fertilității, fecundității**
- **să prezinte avantajele şi limetele acestor indicatori pentru aprecierea stării de sănătate a populației**

Demografia este ştiința care are ca obiect de studiu populațiile umane sub aspectul numărului, repartiției geografice şi structurii după diferite caracteristici demografice şi socio-economice, analiza evoluției lor şi evidențierea legilor de dezvoltare a populației.

Evenimentul demografic este unitatea statistică de observare în demografie şi se referă la cazul individual statistic (ex.: naştere, deces, căsătorie, divorț, etc.).

Fenomenul demografic reprezintă intensitatea apariției evenimentelor demografice într-o populație şi într-o perioadă de timp şi se măsoară cu ajutorul ratelor (ex.: natalitate, mortalitate, nupțialitate, divorțialitate, etc.).

Ratele cu care operează demografia pot fi calsificate în trei grupe:

1. Rate brute (crude)

Avantaje:

- sunt uşor de calculat
- au largă utilizare pe plan internațional
- se găsesc în toate anuarele OMS şi breviarele statistice

Dezavantaje:

- nivelul fenomenelor pe care le măsoară nu ține cont de diferențele structurale ale populației respective
- nu pot fi interpretate direct
- nu pot fi comparate direct între ele

$$\text{Rata} = \frac{\text{nr. evenimente}}{\text{nr. populație}} \times 1000$$

2. Rate specifice

Avantaje:

- au aplicabilitate pe subgrupe de populație omogenă
- sunt utilizate în studiile epidemiologice
- permit compararea subgrupelor din același tip

Dezavantaje:

- la calcularea ratelor specifice se pierde din vedere întregul, totalitatea populației.

$$\text{Rata specifică pe medii (U/R)} = \frac{\text{nr. evenimente în populația U}}{\text{populația urbană}} \times 1000$$

3. Rate standardizate (ajustate)

Avantaje:

- permit înlăturarea aportului unei anumite caracteristici a populației (sex, grupa de vârstă, etc.) asupra nivelului indicatorului (înlătură influența diferențelor structurale)
- asigură calcularea celor mai corecte comparații între populații diferite

Dezavantaje:

- sunt indicatori calculați, artificiali, fictivi.

Fenomenele demografice pot fi studiate sub raportul staticii şi al dinamicii.

Statica populației studiază numărul, distribuția geografică şi structrura populației

1. **Numărul populației** poate fi cunoscut prin:
   - recensământul populației – înregistrarea globală transversală a întregii populații la un moment dat
   - actualizarea recensamântului prin date înregistrate la oficiile de stare civilă
   - biroul de evidența populației
   - anchete demografice care aprofundează elemente de structură şi dinamică a populației
   - estimarea numărului populației prin interpretarea rezultatelor între două recensăminte.

2. **Densitatea populației** măsoară gradul de împrăştiere a populației în colectivități constituite (oraşe, sate) şi se calculează raportând numărul de locuitori pe km^2.

3. **Structura populației** depinde de:
   - dezvoltarea economică şi de politicile de dezvoltare
   - mediul de viață care îşi pune amprenta asupra modelului de morbiditate şi mortalitate precum şi asupra structurii serviciilor de sănătate.

Structura populației în funcție de sex (masculin/feminin) evidențiază în primul an de naştere supramortalitate masculină, egalizarea proporțiilor între sexe în jurul vârstei de 40 de ani, iar la grupa iii-a de vârstă se constată din nou o supramortalitate masculină cu supramorbiditate feminină.

Studiul structurii populației în funcție de sexe are importanță pentru cunoaşterea riscurilor şi a frecvenței bolilor la populația masculină față de cea feminină. Structura populației în funcție de grupele de vârstă este utilă în descrierea tabloului morbidității şi mortalității care diferă de la o grupă de vârstă la alta.

Reprezentarea grafică tipică a structurii populației în funcție de vârstă şi sex poartă numele de piramida vârstelor, care are aspecte diferite datorită variațiilor raportului natalitate/mortalitate.

Principalele modele de piramidă a vârstelor descrise în literatura de specialitate sunt:

- Piramida cu bază largă – caracterizează populațiile tinere cu natalitate mare, cu indice de reproducere supraunitar (caracteristică țărilor în curs de dezvoltare).
- Piramida sub formă de clopot, cu baza relativ largă, deci natalitate crescută. Ca urmare a îmbunătățirii nivelului de trai creşte şi durata medie a vieții ducând la creşterea ponderii vârstnicilor în populație. Este un model de piramidă „de tranziție", şi se înregistrează în special în țările rapid industrializate.
- Piramida sub formă de urnă este caracteristică țărilor dezvoltate cu natalitate scăzută şi longevitate ridicată, cu proporție mare a vârstnicilor în rândul populației. Se întâlneşte în special în țările dezvoltate.
- Piramida vârstelor sub formă de treflă (cu baza mai largă) se întâlneşte în unele țări dezvoltate, care în urma aplicării intense a politicilor pronataliste înregistrează indicatori mai crescuți ai natalității.

Dinamica populației descrie mişcarea populației şi are două componente:

1. Dinamica mecanică – se referă la mişcarea generală de factori economici, sociali, politici – mobilitatea socio-profesională (imigrație şi emigrație). Mişcarea migratorie a populației rezultă din deplasările geografice ale populației. Poate fi migrație internațională (migrație externă) şi migrație internă. Mişcarea internă se referă la schimbările de domiciliu legal sau nu (flotanți). Balanța acestor mişcări migratorii constituie soldul migratoriu sau sporul (diferența între cei placați şi veniți).

2. Dinamica naturală (reproducerea populației)

Reproducerea populației se descrie prin indicatori care măsoară fenomenul de reînoire permanentă a populației datorită intrării unor generații noi în fiecare an şi a ieşirii în medie a unei generații prin deces.

Reproducerea populației prezintă două componente: natalitatea şi mortalitatea. În sens restrâns pentru studiul reproducerii populației se mai utilizează indicatorii de fertilitate şi nupțialitate.

Acțiunea mişcării migratorii asupra stării de sănătate este în funcție de gradul organizat sau neorganizat de realizare.În primul caz, nu este absolut necesară o implicație negativă asupra fenomenelor mişcării naturale

(fertilitate, mortalitate, nupțialitate) sau asupra dinamicii morbidității, iar în al doilea caz se înregistrează cert o scădere a fertilității şi nupțialității însoțită de creşterea ratei divorțialității, a morbidității prin boli infecțioase şi parazitare, TBC, boli venerice, boli digestive, respiratorii, a mortalității infantile şi generale.

NATALITATEA SI FERTILITATEA

Definitiile evenimentelor demografice si ale unor notiuni utilizate in studiul fertilitatii.

Nascutul viu - este produsul de conceptie expulzat sau extras complet din corpul mamei, indiferent de durata sarcinii din care acesta provine si care prezinta un semn de viata: respiratie, activitate cardiaca, pulsatii ale cordonului ombilical sau contractia unui muschi voluntar, fie ca placenta a fost eliminata sau nu, iar cordonul ombilicala fost sectionat sau nu. Varsta sarcinii, greutatea fatului sau oricare alt criteriu de viabilitate sunt ignorate in mod deliberat de definitie in scopul evitarii unor variatii interpretative.

Nascutul mort - este produsul de conceptie care provine dintr-o sarcina de peste 28 de saptamani si care dupa separarea completa de corpul matern nu manifesta nici un semn de viata. Determinarea duratei sarcinii este adesea dificila. Se prefera drept criteriu o informatie indirecta, cum este greutatea fatului de peste 1000 de grame si o lungime de peste 35 cm.

Avortul - este produsul de conceptie care provine dintr-o sarcina cu o durata mai mica de 28 de saptamani si care dupa extragerea completa din corpul matern nu manifesta nici un semn de viata. Din acelasi motiv ca mai sus, se poate utiliza drept criteriu o greutate mai mica de 1000 de grame si o lungime mai mica de 35 cm.

Produsul de conceptie - este rezultatul fecundarii unui ovul de catre un spermatozoid, care a parcurs perioada de gestatie si care se soldeaza prin nastere sau avort.

Nasterea - este evenimentul expulzarii unui produs de conceptie dupa o perioada a sarcinii mai mare de 28 de saptamani. Numarul nasterilor nu coincide in mod necesar cu numarul nascutilor vii, deoarece exista pe de o parte posibilitatea unor nasteri multiple si pe de alta parte riscul aparitiei nascutilor morti.

Rangul nasterii - exprima a cata nastere (vie sau nu) a mamei este cea in cauza.

Rangul nascutului - exprima al catelea nascut viu sau mort este nascutul considerat in suita celor pe care i-a nascut mama.

Intervalul protogenezic - este durata medie dintre casatorie si nasterea primului copil.

Intervalele intergenezice - sunt duratele medii care separa intr-o populatie nasterile de rang succesiv (durata medie intre prima si a doua nastere, a doua si a treia, s.a.m.d.).

Natalitatea **-** reprezinta fenomenul demografic al frecventei nascutilor vii intr-o populatie.

Sub aspect statistic, natalitatea se masoara cu rata bruta de natalitate: aceasta reprezinta raportul (exprimat in promile) intre numarul de nascuti vii si numarul mediu de locuitori ai perioadei considerate.

$$n = \frac{N}{P} \times 1.000$$

in care: n = rata bruta de natalitate

N = numar de nascuti vii

P = numar mediu de locuitori ai perioadei studiate

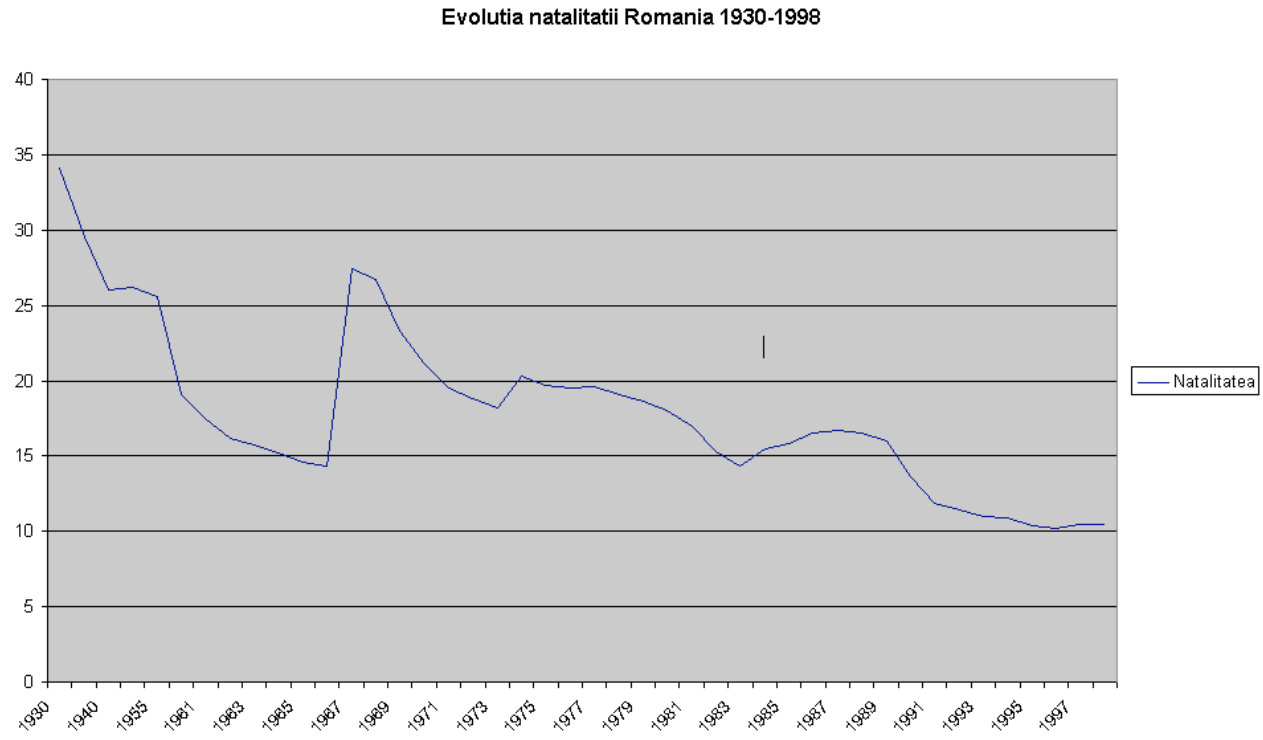
Desi nu se mentioneaza perioada de timp la care se refera indicatorul acesta este de un an, iar numarul de locuitori este fie numarul mediu anual, fie numarul de locuitori la mijlocul anului calendaristic, deoarece gratie miscarii demografice exista in tot cursul anului variatii ale efectivelor.

Avantajele indicelui sunt simplitatea calculului is disponibilitatea datelor, in timp ce dezavantajele constau in principal in dependenta fata de structura populatiei. Altfel spus, daca dintr-o populatie efectivul persoanelor de sex feminin de virsta fertila (15-49 ani) difera fata de o alta populatie, indicele brut de natalitaet va diferi, chiar daca in ambele situatii se vor naste annual acelasi numar mediu de descendenti. Acest dezavantaj este comun tuturor indicatorilor bruti si se corecteaza prin indici mai elaborati sau prin asa-zisa metoda de standardizare a structurilor.

Studiul evolutiei indicelui brut de natalitate demonstreaza existenta unor nivele deosebit de ridicate (40-50$^{o}/_{oo}$) in toate tarile lumii. Aceasta reproducere foarte intensa nu a fost capabila sa genereze si sporirea rapida a numarului populatiei, deoarece au coexistat nivele aproape tot atat de ridicate ale mortalitatii (indicelui brut de mortalitate). Cu incepere din a doua jumatate a secolului al XIX-lea, consecinta a industrializarii, urbanizarii, cresterii nivelului de trai si apoi a altor succese pe taramul ocrotirii sanatatii, mortalitatea a inceput sa coboare in tarile considerate astazi dezvoltate. Abia dupa un oarecare interval a fost antrenata si natalitatea intr-o tendinta descendenta.

Intre cele doua razboaie mondiale ambii indicatori tind sa se stabilizeze si sa evolueze paralel. Dupa cel de-al doilea razboi mondial si pana in prezent indicele de natalitate coboara continuu, ajungand in Europa in jurul valorii de 11.7$^{o}/_{oo}$ (1995).

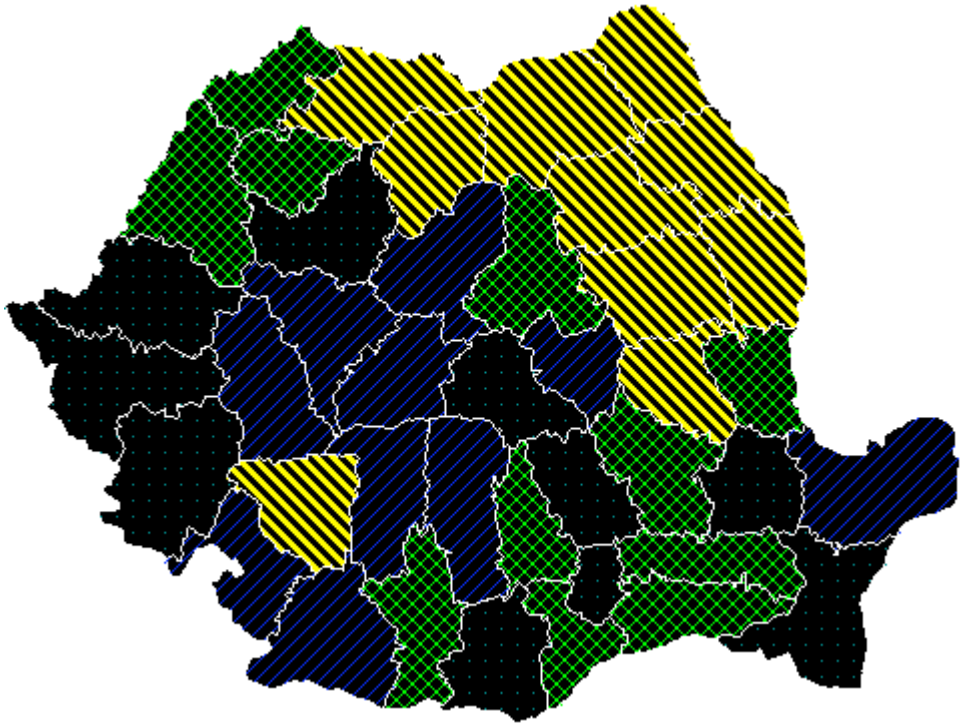
Dinamica natalitatii in Romania a urmat acelei tendinta descrise pentru tarile europene avansate, dar cu o intarziere, datorita dezvoltarii economice si industrializarii tardive.



Astfel, in 1930 - 1935 nivelele depaseau 30 nascuti vii la 1000 locuitori. In anii din jurul celui de-al doilea razboi mondial ritmul reproducerii scade datorita dezorganizarii familiilor prin stramutari, concentrari, mobilizari, scaderii nuptialitatii si a climatului psihologic de teama si incertitudine. De altfel, nici nu se cunosc valorile exacte ale natalitatii din acea perioada. Dupa terminarea razboiului, reproducerea populatiei este reluata cu o intensitate sporita, natalitatea crescand in 1949 pana la valoarea de 27.6$^{o}/_{oo}$. Urmeaza apoi o perioada de descrestere a valorii, intrerupta in unii ani de redresari ale indicelui. Din 1957 insa, in conditiile practicarii libere a intreruperilor chirurgicale ale cursului sarcinii, scaderea natalitatii este mai rapida astfel incat in 1966 se inregistreaza valoarea de 14.3 $^{o}/_{oo}$. In acel an, prin Decretul 770/1996 se interzice avortul chirurgical. Drept consecinta a acestei masuri coercitive, in 1967 s-a inregistrat o crestere brusca a nivelului fenomenului - 27.4 $^{o}/_{oo}$. In perioada urmatoare, in conditiile unei politici demografice pronataliste si a mentinerii masurilor legislative amintite anterior, s-a constatat o evolutie a fenomenului asemanatoare cu cea inregistrata in perioada 1957-1966, respectiv o tendinta de scadere continua, dar intr-un ritm ceva mai lent, ajungandu-se in 1983 la valoarea din 1966. Ca urmare a unor noi masuri coercitive, dupa 1983 nivelul fenomenului cunoaste o usoara tendinta de crestere ajungand la valori de 16 $^{o}/_{oo}$ in 1986, pentru ca in perioada 1986-1989 sa se mentina la valori relativ constante. In 1990, ca urmare a liberalizarii avorturilor si a programului de planning familial initiat de Ministerul Sanatatii, nivelul ratei de natalitate a scazut la 13.6 $^{o}/_{oo}$ ajungand in 1992 la 11.4 $^{o}/_{oo}$ si in 2000 la 10.4 $^{o}/_{oo}$.

Pe medii, natalitatea a fost constant mai ridicata in mediul rural fata de mediul urban pana in anul 1976. Dupa 1976, se inregistreaza in mod constant valori mai crescute pentru indicii de natalitate din mediul urban fata de cei din mediul rural.

In profil teritorial tendinta istorica in Romania este aceea a unei reproduceri mai scazute in judetele din vestul tarii.



Evolutia populatiei depinde de modificarea **fertilitatii**, adica de numarul de copii nascuti vii ce revin la 1000 de femei de varsta fertila (15-49 de ani).

In analiza fertilitatii exista doua modalitati de abordare:

- **transversala:** analiza fertilitatii intr-un an calendaristic;
- **longitudinala**: prospectiv su retrospectiv.

In analiza transversala a ferilitatii se calculeaza urmatorii indicatori:

- rata generala a fertilitatii

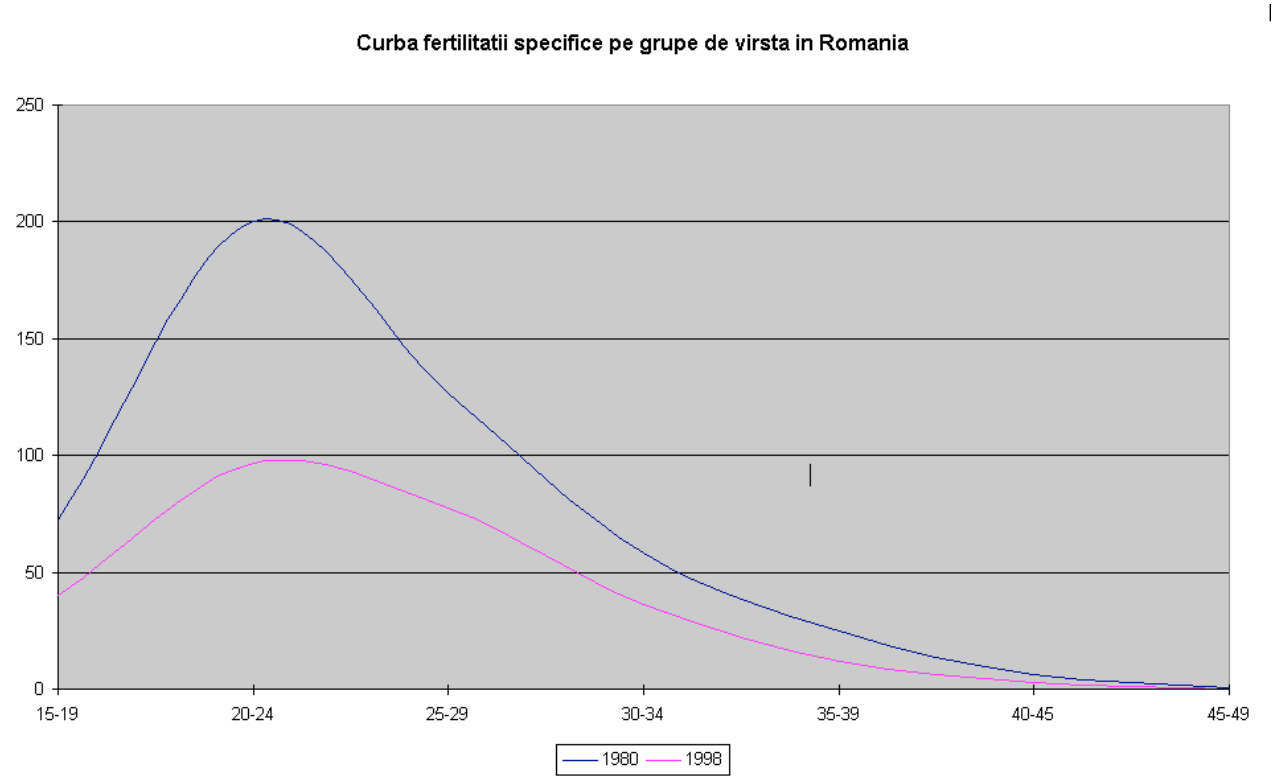
$$fg = \frac{\text{Numarul de copii nascuti vii x 1.000}}{\text{Numarul de femei in varsta de 15-49 ani}}$$

- rata specifica pe varste a fertilitatii

$$fx = \frac{\text{Numarul de copii nascuti de femei de varsta X x 1.000}}{\text{Numarul de femei in varsta de X ani}}$$

In raport cu starea civila se pot calcula rate de fertilitate legitima si ilegitima care la randul lor se pot adresa fiecarei grupe de varsta in parte.

Variatia potentialului reproductiv cu varsta, ca si masurile de planificare a numarului de descendenti si a perioadei lor de aparitie de catre familie, fac ca indicii de fertilitate specifica sa difere puternic de la o varsta la alta. In figura se remarca nivelul maxim care caracterizeaza varsta de 20-24 ani si descresterea rapida pana la varsta de 45 ani.



Indicii de reproducere permit o apreciere sintetica a fenomenului, spre deosebire de indicii de fertilitate specifica pe varste a caror interpretare cere analiza comparativa a intregii serii de cifre ce caracterizeaza varstele cuprinse intre 15-49 ani.

Intregul comportament reproductiv este sintetizat in numarul mediu de descendenti de sex feminin pe care o femeie ii naste in perioada fertila.Daca in medie o femeie naste mai mult de o fetita inseamna ca generatia a

fost inlocuita de o alta generatie cu un efectiv mai mare, cu alte cuvinte se asista la o reproducere largita. Evident, daca numarul mediu de fetite nascute de o femeie in cursul perioadei fertile este subunitar, generatia fertila este inlocuita de o generatie mai redusa numeric, iar reproducerea este ingustata. Valoarea unitara indica o populatie stationara.

In practica se foloseste cel mai adesea indicele brut de reproducere care reprezinta numarul mediu de fete pe care le-ar naste o generatie de femei care nu ar fi supuse riscului mortalitatii (de la nastere pana la varsta de 50 ani) si care ar avea la fiecare varsta (intre 15 si 49 ani) fertilitatea specifica observata in perioada considerata. Se utilizeaza rate de fertilitate specifica pe varste calculate in anul studiat si nu o inregistrare longitudinala a comportamentului. Cu ajutorul lor se calculeaza numarul de copii pe care l-ar naste in medie o femeie dintr-o generatie ipotetica care ar avea la varsta de 15-19 ani fertilitatea femeilor de aceeasi varsta din anul calendaristic studiat; intre 20 si 24 ani, fertilitatea femeilor in varsta de 20-24 ani (din anul studiat) s.a.m.d. pana la varsta de 49 de ani. Aplicand proportia de fete la cifra finala, numita si descendenta finala medie, se obtine indicele de reproducere (care se refera numai la efectivul mediu de fete).

Indicele de reproducere neta este bazat pe acelasi principiu de calcul, dar cu luarea in consideratie a mortalitatii femeilor intre de 15 si 49 ani. Se apreciaza ca in prezent descendenta medie finala in Romania are valori de 2,2-2,4 copii si ca indicele brut de reproducere are valori cuprinse intre 1,15-1,2.

FACTORII CARE INFLUENTEAZA FERTILITATEA

A. **Factorii demografici:**
   -distributia pe sexe;
   -structura populatiei, in special a populatiei feminine pe grupe de varsta;
   -nuptialitatea si divortialitatea.
B. **Factorii medico-biologici:**
   -sterilitatea feminina primara si secundara;
   -sterilitatea masculina;
   -patologia genitala, inclusiv consecintele medicale ale avorturilor;
   -igiena sexuala.
C. **Factori sociali:**
   -prelungirea scolarizarii;
   -gradul de angajare a femeilor in activitatile socio-economice;
   -apartenenta la o anumita categorie sociala si mobilitatea intre aceste categorii.
D. **Migratia populatiei** - ca fenomenul de masa determinat de factorii politici, economici, sociali sau culturali.
E. **Factori legislativi:**

-prevederile Codului muncii si Codului familiei;

-sistemul de alocatii pentru copii;

-programe de protectie materno-infantila;

-politica de planificare familiala inclusiv legislatia privind avorturile.

F. **Factorii subiectivi**: pot fi inglobati in notiunea complexa de de planificare familiala (atitudinea constienta a cuplului fata de reproducerea sa).

-atitudinea fata de copii,existenta sau lipsa unei atitudini constiente fata de numarul copiilor doriti si realizati si fata de cresterea copiilor realizati;

-numarul de copii doriti;

-numarul de copii realizati;

-metodele si mijloacele contraceptive;

-motivatiile subiective ale comportamentului demografic.

G. **Factorii locali-traditionali** legati de specificul dezvoltarii istorice a zonei, nivelul cultural, obiceiuri locale, religie.

Toti acesti factori au actionat in general coborand nivelul reproducerii, prin interventia voluntara a cuplurilor asupra conceptiei.

Un efect opus, dar de o importanta mai mica, l-ar juca statusul familial.

Sub acest raport fertilitatea este favorizata daca:

- casatoriile se produc la varsta maxima de fecunditate a femeii (sau cu putin inainte) - deci varsta la casatorie nu este avansata;
- proportia de femei casatorite in randul femeilor din contingentul fertil este ridicata, cu alte cuvinte daca intensitatea casatoriilor sau nuptialitatea este mare;
- familia este stabila, ceea ce in demografie se traduce printr-o frecventa mica a divorturilor (divortialitate mica).

Indicatori indirecti ai reproducerii populatiei:

$$\text{rata de nuptialitate} = \frac{\text{nr. casatorii}}{\text{nr. locuitori}} \times 1.000$$

care exprima intensitatea casatoriilor la 1000 de locuitori pe an.

$$\text{rata de divortialitate} = \frac{\text{nr. divorturi}}{\text{nr. locuitori}} \times 1.000$$

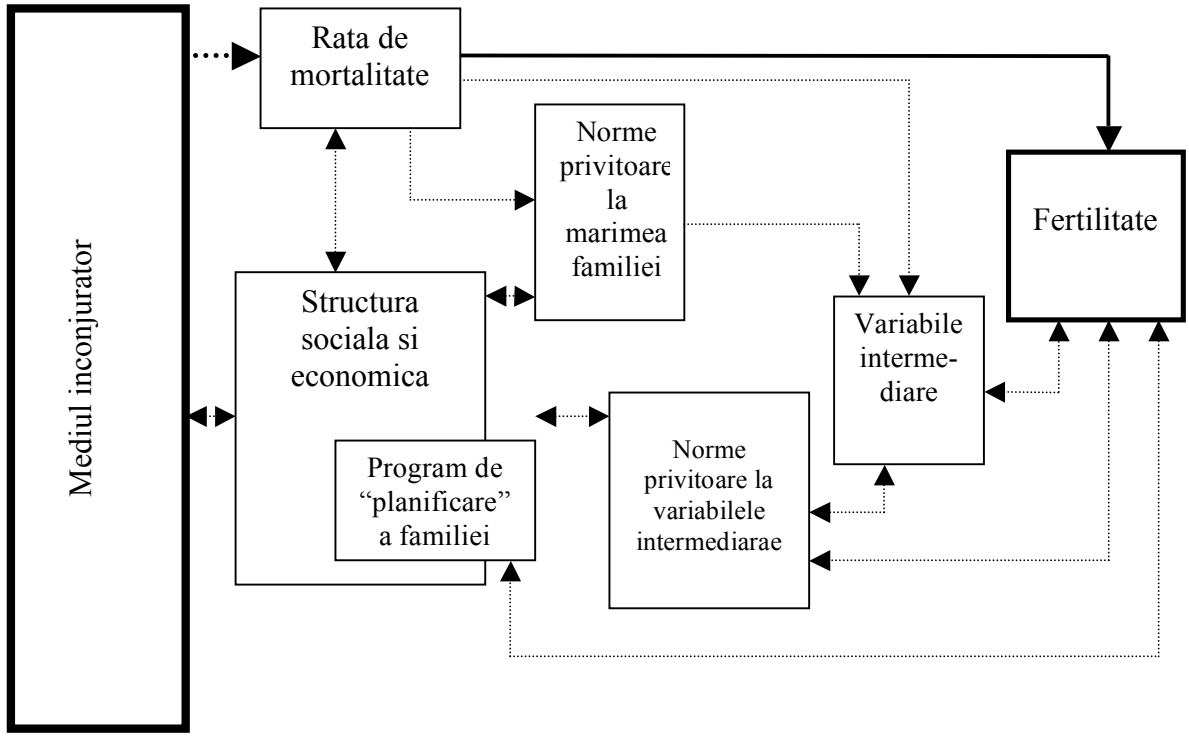
care exprima intensitatea desfacerilor casatoriilor la 1000 de locuitori pe an.

- varsta medie la prima casatorie. Dupa date aproximative ea este de 24,2 ani la femei si 27,1 la barbati.
- intervalul protogenezic (durata medie care separa casatoria de nasterea primului nascut viu). Dupa unele sondaje facute in diferite zone ale tarii rezulta ca el se situeaza in jurul valorii de 22-23 luni, prezentand insa mari variatii in raport cu mediul, cu ocupatia, cu nivelul de instruire si cu alte caracteristici ale femeii;
- intervalele intergenezice (durata medie care separa nasterea primului nascut viu de cel de-al doilea,. a celui de-al doilea de cel de-al treilea, etc.). Intre nasterea primului copil si a celui de-al doilea trece de obicei o perioada mai indelungata decat intervalul protogenezic. La noi aceasta perioada este cuprinsa cam intre 3 si 3 ani si jumatate. Aproape la fel de lungi sunt perioadele intergenezice dintre al doilea si al treilea precum si dintre al treilea si al patrulea nascut viu;

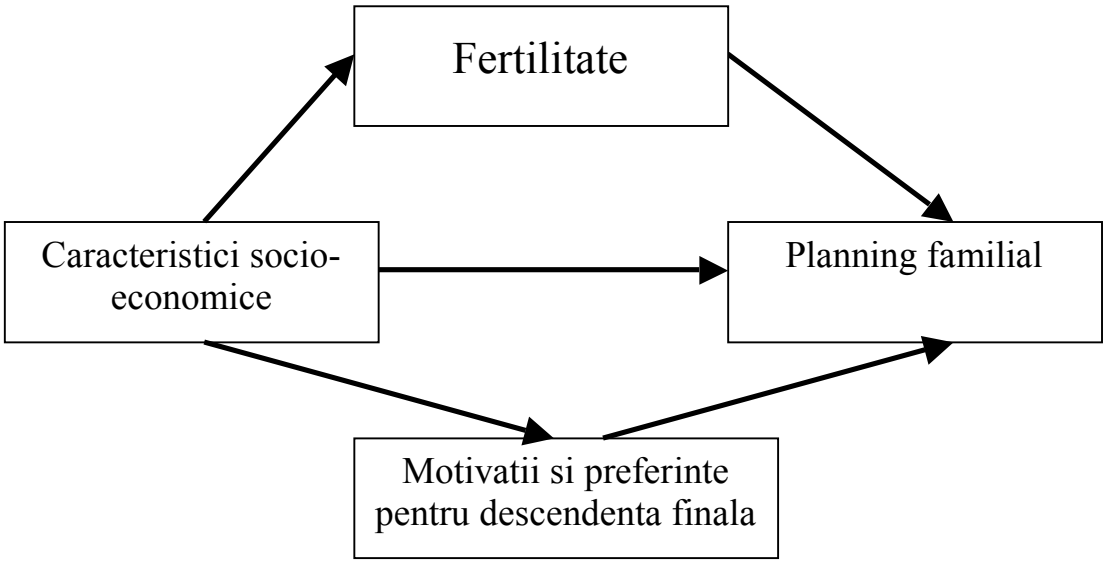
$$\text{rata de fecunditate} = \frac{\text{nr. sarcini}}{\text{nr. femei 15-49 ani}} \times 1.000$$

Acest indicator informeaza asupra potentialului de reproducere a masei de femei in varsta fertila, aratand cate sarcini apar in cursul unui an la 1000 femei intre 15-49 ani. Datele privind numarul total al sarcinilor rezulta din insumarea nascutilor vii cu nascutii morti si cu avorturile.

Schema factorilor ce afectează fertilitatea (R. Freedman)



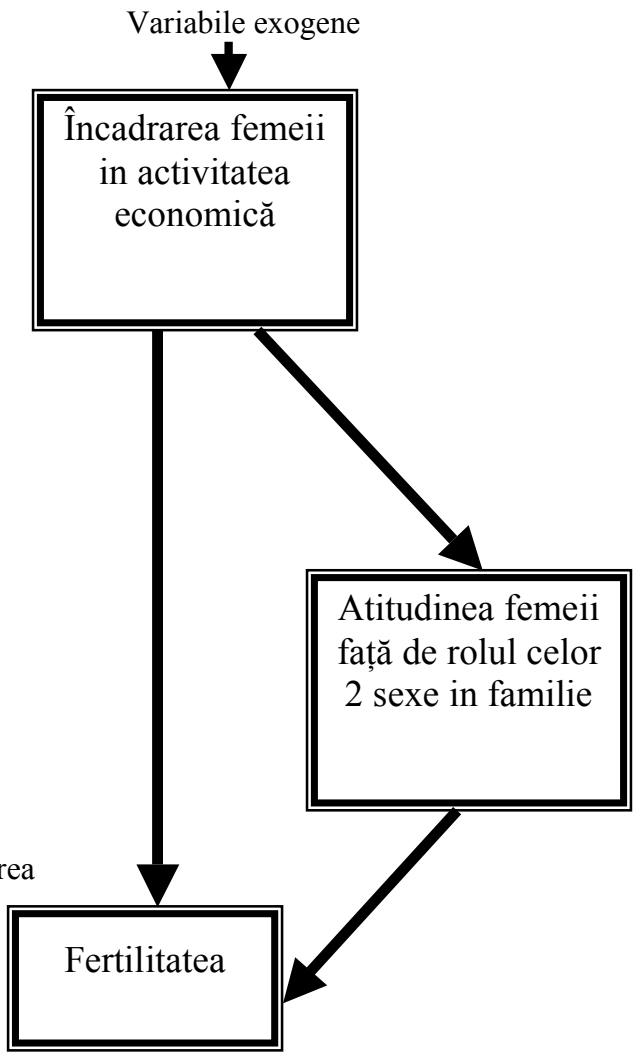
Modelul general al fertilitatii (Publicat de ONU in 1996)



Model micro-economic

Variabile exogene

a) Variabilele de venit
— venitul familiei
— nr. de camere
— nr. ani şcolarizare ai femeii
— nr. ani şcolarizare ai soţului
— statutul socio-ec. al femeii
b) Variabile predeterminate
— încadrarea femeii înainte de căsătorie
— nr. copii in timpul căsătoriei
c) Variabile demografice
— vârsta
— durata căsătoriei
— rezidenta urban/rural
d) Variabile legate de familia soţiei
— nr. copii in familia soţiei
— şcolarizarea mamei/ tatălui soţiei
— încadrarea mamei soţiei
— statutul familiei sotiei
e) Variabile legate de soţ
— atitudinea soţului fata de încadrarea soţiei in activitate
— originea soţului
— nr. copii in familia soţului


Variabile exogene
Încadrarea femeii in activitatea economică
Atitudinea femeii faţă de rolul celor 2 sexe in familie
Fertilitatea

MASURAREA FERTILITATII

INDICATORI

1. **Rata bruta a natalitatii**

$$RBN = \frac{N}{P} \times 1.000 \approx 16 - 17\,‰$$

2. **Rata generala a fertilitatii**

$$RGF = \frac{N}{{}_{49}P_{15}^{f}} \times 1.000 \approx 65 - 70\,‰$$

3. **Rata specifica a fertilitatii**

$$RS_pF = \frac{{}_{n}N_{x}}{{}_{n}P_{x}^{f}} \times 1.000$$

4. **Descendenta la 1000 de femei**

$$D = \sum_{x=15}^{49} \frac{{}_{n}N_{x}}{{}_{n}P_{x}^{f}} \times 1.000 \approx 2200 - 2400$$

5. **Rata totala a fertilitatii**

(suma nasterilor reduse)

(descendenta medie finala)

$$\overline{D} = \frac{D}{1.000} \approx 2{,}2 - 2{,}4$$

6. **Indicele brut de reproducere**

$$R \approx 0{,}5 \times \overline{D} \approx 1{,}15 - 1{,}20$$

7. **Indicele net de reproducere**

$$R_0 \approx 0{,}5 \times \sum_{x=15}^{49} S_i f_i$$

8. **Calendarul fertilitatii**

(varsta medie la nastere)

$$a = \frac{\sum_{x=15}^{49} x_i n_i}{\sum_{x=15}^{49} n_i} \approx 25,5 - 25,7$$

9. Rata fecunditatii

$$RF_c = \frac{S}{{}_{49}P_{15}^{f}} \times 1.000$$

FACTORI CARE INFLUENTEAZA NATALITATEA

Cauze medicale

Afectiunile endocrine, ginecologice, cauzele sterilitatii masculine si feminine si cauzele avortului spontan reprezinta factori ce trebuie luati in seama si care necesita diagnosticarea, instituirea tratamentului si preventia lor. Rolul lor in fluctuatiile natalitatii este insa mai putin important, avand in vedere ca variatiile lor sunt mici si frecventa lor tinde sa scada datorita progreselor inregistrate in tratamentul lor.

De altfel, trebuie precizat faptul ca exista o scadere fiziologica a fecunditatii odata cu cresterea varstei.

Cauze fiziologice

In aceasta grupa de cauze intra implicatiile malthusiene cu privire la semnificatia copilului. Alta data, la tara, copilul reprezenta o sursa de imbogatire: el ajuta la munca campului, el continua munca tatalui sau. La oras, copilul era, intr-o oarecare masura, o piedica pentru libertatea parintilor si o sursa de cheltuieli. Rezulta ca influenta civilizatiei industriale sio a urbanizarii coincide cu reducerea numarului de copii doriti; astfel, descendenta medie finala trece de la 2.7 copii pe femeie in comunele rurale la 1.6 copii pe femeie la Paris.

Rolul nuptialitatii, al uniunilor consensuale juvenile si al divortialitatii

Numarul casatoriilor scde de la an la an (143.593 in 1998 fata de 174.593 in 1992 fata de 312.000 in 1982).

Indicele de nuptialitate are cea mai mica valoare inregistrata dupa 1944: 5.5 casatorii la 1000 locuitori in 1983 (7.9 casatorii in 1991 si 6.5 in 1998 la 1000 locuitori).

In acelasi timp creste numarul uniunilor consensuale, mai ales cele juvenile.

Aceasta scadere a nuptialitatii este atribuita mai multor factori: modificarea raporturilor intre sexe, dificultati economice pentru cuplurile tinere, rolul legislatiilor sociale, fiscale, juridice, care permit obtinerea mai multor avantaje in situatia de concubinaj decat dupa casatorie.

Scaderea nuptialitatii nu influenteaza totusi decat intr-o mica masura natalitatea: se observa, de fapt, o crestere considerabila a numarului de copii nascuti in afara casatoriei (de doua ori mai mare in 1982 fata de 1976): acesti copii reprezentau in 1982, 14.2% din numarul total de nascuti.

Numarul divorturilor creste insa fara ca numarul persoanelor care se recasatoresc sa creasca in aceeasi proportie. Rata de divortialitate este in jur de 25 la 100 casatorii, dar rolul divortului nu pare sa fie determinat in scaderea natalitatii.

Varsta medie la prima casatorie este de 23,3 ani pentru barbati si 23,2 ani pentru femei; ea a scazut pana in 1974 dupa care inregistreaza un usor recul. S-a dorit sa se atribuie un rol acestei varste, gandind ca o varsta la casatorie mai mica va fi insotita de un numar mai mare de copii. In parte este adevarat, in masura in care, frecventa sterilitatii creste cu varsta (daca numai 3-5% din cupluri sunt total sterile cand femeia se casatoreste in jur de 20 de ani, ponderea sterilitatii creste odata cu varsta femeii, inregistrand valori de aproximativ 20% din cupluri cand femeia se casatoreste in jur de 35 de ani). Trebuie luate in considerare si posibilitatile de contraceptie si de avort. Astfel, in 1960, inainte de introducerea tehnicilor moderne de contraceptie, descendenta finala pentru o femeie era estimata la 3,69 copii pentru casatoria inainte de 20 ani, 2,81 copii pentru casatoria intre 25 si 29 de ani. Este dificil de spus daca femeile care se casatoresc mai devremeau mai multi copii datorita precocitatii casatoriei lor, sau datorita unor motive personale care le-au facut sa aiba mai multi copii.

Influenta mediului socio-clutural

Diferenta de fertilitate intre zonele rurale si zonele puternic industrializate isi poate gasi explicatia in diferenta de nivel socio-cultural. Astfel, studiul nivelului fertilitatii cuplurilor dupa nivelul de instructie al femeii evidentiaza urmatorul fenomen: declinul fertilitatii pe masura ce nivelul de instructie creste este urmat de o crestere a fertilitatii, cea mai scazuta valoare observandu-se la categoria medie: totodata, fertilitatea femeilor fara studii o depaseste semnificativ pe cea a femeilor cu studii.

In paralel, studiul evolutiei descendentei finale la generatiile nascute intre 1982 si 1929 este interesant; daca, in general, se observa o crestere (de la 2,29 la 2,62), evolutia este diferita dupa categoria socio-culturala: grupele mai favorizate d.p.d.v. al nivelului socio-cultural au un comportament - cresterea apoi scaderea descendentei finale - precursor al comportamentului altor categorii.

Rolul mijloacelor pentru limitarea nasterilor

Aceste mijloace sunt avortul si contraceptia.

Măsurarea mortalității

Măsurarea riscului de deces este posibilă prin declararea obligatorie a decesului şi raportarea lui prin intermediul „buletinului de deces" la oficiile de stare civilă. Acest fenomen demografic se poate studia sub două aspecte: transversal şi longitudinal.

Abordarea transversală – interesează mortalitatea într-o perioadă dată de timp (în general un an). Măsurarea mortalității realizată astfel este un procemt.

Abordarea longitudinală – urmăreşte mortalitatea de-a lungul vieții unui grup de indivizi născuți în acelaşi an, în timpul unei perioade (cohortă) şi se poate descrie cu ajutorul funcțiilor tabelelor de mortalitate.

Indicele brut de mortalitate (rata brută) este raportul dintre numărul anual de decese şi efectivul populației existente la mijlocul anului. Această rată reflectă condițiile de mortalitate în momentul observat şi este uşor de calculat dar este strâns legată de structura pe grupe de vârstă a populației şi nu se pretează la realizarea de comparații între populații.

Rata de mortalitate pe grupe de vârstă este rata brută de mortalitate pentru un interval de vârstă dat. Alte rate specifice de mortalitate curent folosite sunt: mortalitatea specifică pe sexe, pe profesii.

MORTALITATEA

Obiective educationale:

- **masurarea mortalitatii cu indicatori obisnuiti**
- **descrierea si analiza comparativa a mortalitatii**
- **identificarea principalelor caracteristici ale mortalitatii si a posibilitatilor de control**

Mortalitatea reprezinta componenta negativa a miscarii naturale, fiind fenomenul demografic al deceselor intr-o populatie data si intr-o perioada data de timp (de obicei un an).

Evenimentul demografic al acestui fenomen este decesul.

Decesul este evenimentul disparitiei definitive a oricarui semn de viata in orice moment dupa inregistrarea starii de nascut viu.

Importanta studiului mortalitatii rezulta din faptul ca:

- mortalitatea reprezinta un fenomen demografic cu implicatii in cresterea numerica a populatiei si in structura pe grupe de virsta a populatiei, in realizarea unui echilibru in structura populatiei pe grupe de virsta;

- mortalitatea reprezinta unul din indicatorii demografici utilizati in masurarea starii de sanatate a populatiei;
- permite identificarea problemelor de sanatate si stabilirea prioritatilor in actiunile de sanatate;
- permite stabilirea de obiective in cadrul programelor de sanatate;
- serveste in procesul de planificare sanitara a resurselor;
- permite evaluarea eficacitatii activitatii sistemului de servicii sanitare.

Mortalitatea este un fenomen puternic dependent de dezvoltarea economico-sociala si de caracteristicile unei societati. Dezvoltarea economico-sociala a determinat scaderea mortalitatii si cresterea longevitatii si a calitatii vietii.

In general, separarea conceptului de dezvoltare socio-economica de conceptul de sanatate este periculoasa pentru ca reduce suportul necesar actiunilor de sanatate. Daca se analizeaza mortalitatea strict biologic, nu se poate sustine la nivelul comunitatilor necesitatea dezvoltarii socio-economice ca baza (suport) pentru ameliorarea starii de sanatate apreciata prin cresterea longevitatii.

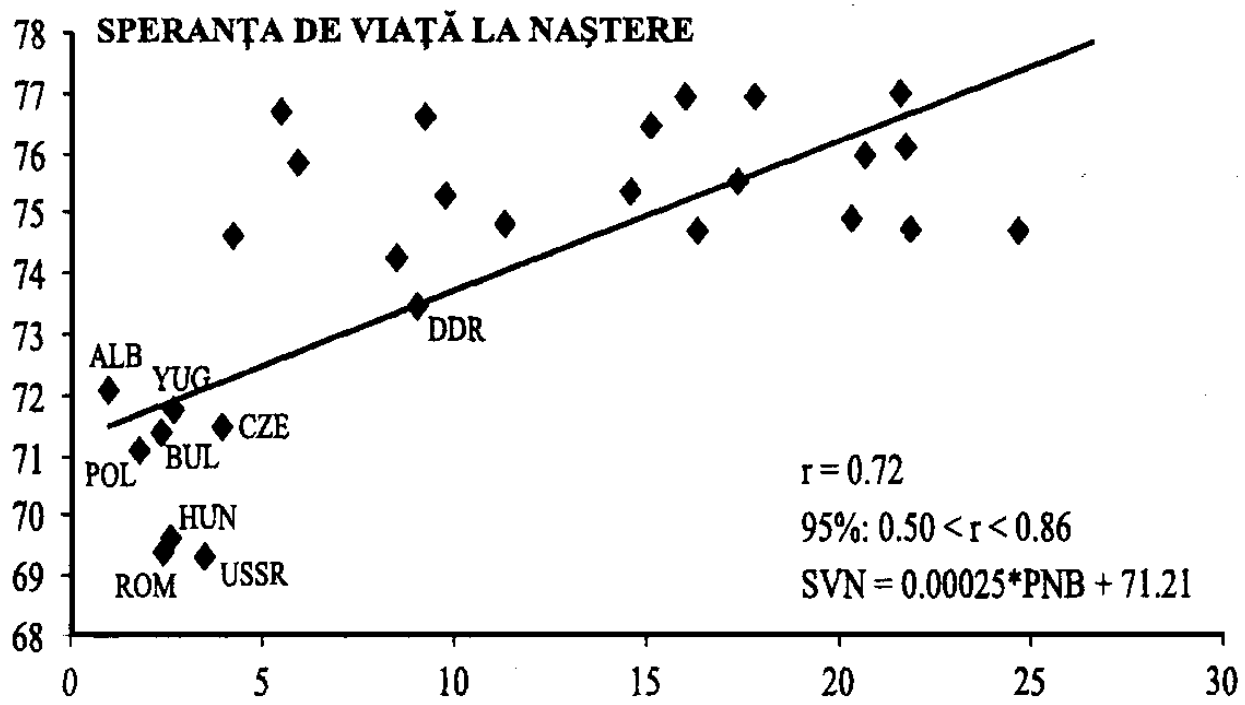
In ultimul timp s-au inregistrat efecte paradoxale ale dezvoltarii socio-economice asupra sanatatii.

In general, in lume s-a inregistrat un declin al mortalitatii ca urmare a actiunilor complexe vizind sanatatea si dezvoltarea economica.

La inceput declinul s-a manifestat in tarile in curs de dezvoltare; in aceste tari dupa ce initial mortalitatea generala a scazut, s-a inregistrat o stagnare in evolutia fenomenului insotita chiar si de o scadere a duratei medii a vietii. Aceeasi situatie s-a inregistrat si in Romania.

In tarile dezvoltate s-a consemnat o deteriorare a cistigului in ani potentiali de viata, fenomen imputat imbatrinirii populatiei. Aceasta situatie explica de ce programele de sanatate din aceste tari vizeaza, pentru virstnici, nu scaderea mortalitatii, ci scaderea invaliditatii, adica ameliorarea calitatii anilor de viata.

Relatia dintre dezvoltarea economico-sociala si starea de sanatate poate fi sintetizata prin corelatia care exista intre venitul national brut pe cap de locuitor si durata medie a viatii ca indicator sintetic al mortalitatii si al starii de sanatate. Aceasta corelatie este de tip direct: cresterea venitului national brut pe cap de locuitor este insotita de o crestere a duratei medii a vietii.

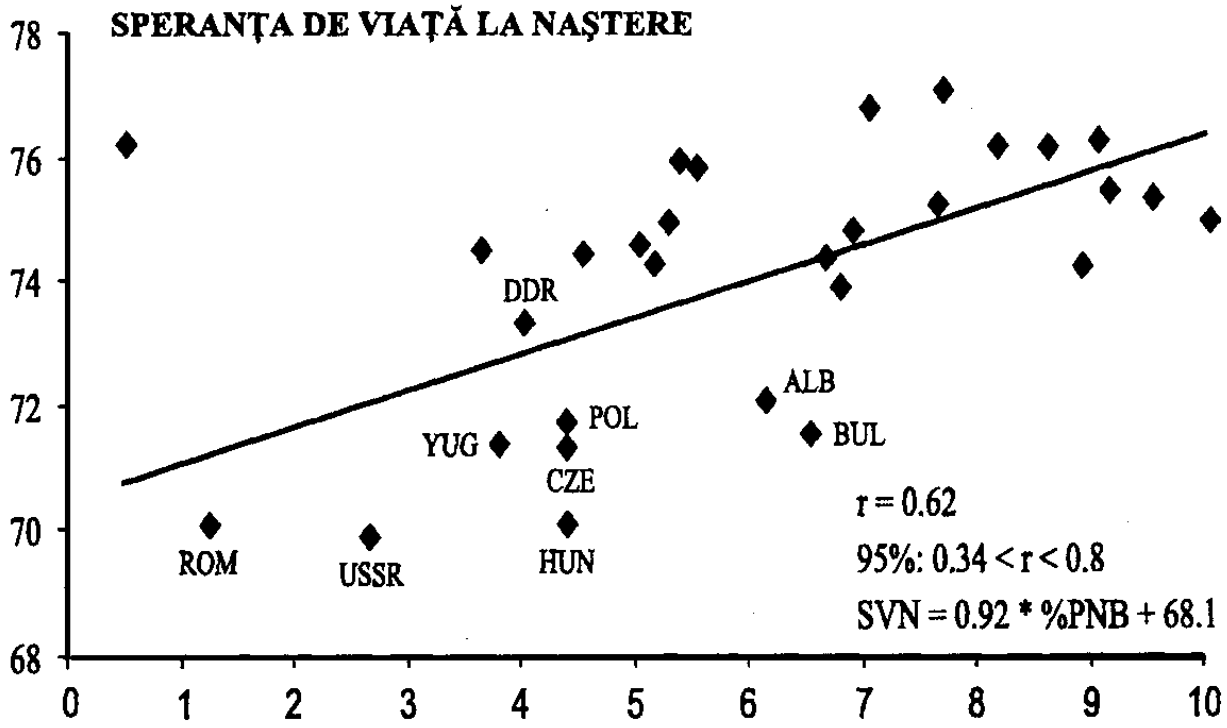


Se observa ca tarile din estul si centrul Europei sunt caracterizate printr-un venit national brut scazut si o speranta de viata la nastere scazuta.

Exista si exceptii in care evolutiile celor doi indicatori sunt discordante: de exemplu in China, Cuba, Shri-Lanka, cu venit national brut pe cap de locuitor scazut, au o durata medie a vietii mare pentru venitul pe care-l au, in timp ce in tarile Occidentului Apropiat, mai ales cele producatoare de petrol, speranta de viata la nastere e mica, desi venitul national brut pe locuitor este unul din cele mai mari.

O corelatie de tip direct exista si intre procentul alocat pentru sanatate din venitul national si speranta de viata la nastere.

Daca produsul national brut creste, iar procentul alocat pentru sanatate ramane constant, in valoare absoluta fondul pentru sanatate creste.



Deci, intre mortalitatea generala exprimata prin durata medie a vietii si dezvoltarea economico-sociala exista o relatie, in sensul ca prin cresterea venitului national brut se inregistreaza o crestere a sperantei de viata la nastere, dar si procentul alocat pentru sanatate din venitul national brut prezinta importanta.

Factorii care influenteaza mortalitatea exprimata prin speranta de viata la nastere sunt:

- factorii economici;
- distributia venitului national;
- alti factori;
- structura pe grupe de varsta a populatiei;
- factori ce tin de calitatea mediului;
- stocul de cunostinte si tehnologii.

Experienta mondiala arata ca impactul cel mai mare asupra societatii o au educatia, bugetul alocat pentru alimentatie, bugetul alocat pentru asistenta primara, bugetul alocat pentru mediul ambiant.

Factorii care au limitat scaderea mortalitatii pe plan mondial.

1. Strategii de dezvoltare care nu au avut in vedere sanatatea.
2. Ponderea redusa acordata ocrotirii sanatatii in structura bugetului, prin necorelarea sa cu interesele sanatatii, cu nevoile starii de sanatate si cresterea calitatii asistentei medicale.

3. Structuri neadecvate ale sistemului de sanatate, cu dezvoltarea dezechilibrata a ingrijirilor de specialitate si spitalicesti fata de cele primare si extraspitalicesti neadaptate nevoilor si particularitatilor nationale si locale, o folosire nerationala a resurselor. Au fost preluate modele din tarile dezvoltate si translatate in tarile in curs de dezvoltare.
4. Tehnologii de sanatate neadecvate problemelor specifice.

In ultimii 10 ani s-a observat:

- o scadere a mortalitatii prin boli cardiovasculare, scadere care nu a fost anticipata;
- o scadere a mortalitatii infantile sub nivelul asteptat in tarile dezvoltate (niveluri sub $8^{o}/_{oo}$);
- cresterea riscului de deces la barbati datorita unui stil de viata specific;
- inechitati in distributia mortalitatii pe zone geografice sau pe categorii socio-profesionale.

MASURAREA, DESCRIEREA SI ANALIZA MORTALITATII

Sursele de informatii

- ♦ inregistrarile totale si continui ale deceselor la serviciul de stare civila de pe langa primarii, pe baza certificatului medical constatator al mortii, completat de medicul care a constatat decesul;
- ♦ informatii privind numarul populatiei si structura populatiei in functie de o serie de variabile (sex, varsta, mediu de rezistenta, etc.).

Metode de analiza

In analiza mortalitatii exista doua modalitati de abordare:

- *transversala:* analiza mortalitatii intr-un an calendaristic sau o perioada anumita de timp;
- *longitudinala:* prospectiv sau retrospectiv, in care analiza mortalitatii este o analiza de cohorta sau generatie.

Analiza transversala a mortalitatii, desi este mai putin exacta deoarece sunt luate in studiu decese apartinand mai multor generatii, fiecare generatie avand factori de risc si de protectie diferiti de alta generatie, fiind simpla, este cea mai comuna.

Indicatori utilizati in masurarea mortalitatii

1. Rata de mortalitate generala (indicele brut de mortalitate) care masoara frecventa deceselor la 1000 de locuitori.
2. Ratele specifice de mortalitate (pe sexe, pe grupe de varsta, medii de rezidenta, cauze medicale de deces), care masoara frecventa deceselor in subpopulatii.
3. Mortalitatea proportionala (letalitatea), care reprezinta ponderea deceselor de o anumita categorie din totalul deceselor.

4. Rata standardizata a mortalitatii.
5. Raportul standardizat de mortalitate (RSM).
6. Functiile biometrice din tabelele de mortalitate.

Formulele primelor trei grupe de indicatori sunt prezentate in anexa I-1.

Rata standardizata a mortalitatii.

Standardizarea mortalitatii reprezinta modalitatea de eliminare a influentei pe care o exercita structura diferita pe grupe de varsta a populatiei asupra mortalitatii. Ea permite compararea corecta a nivelurilor mortalitatii inregistrate in doua sau mai multe populatii diferite din punct de vedere structural.

Exista doua procedee clasice:

1. Metoda directa (metoda populatiei standard).

   Se alege o populatie de referinta, populatia standard, cu o anumita structura pe grupe de varsta. Acestei populatii i se aplica mortalitatiile specifice pe grupe de varsta reale din fiecare zona pe care o comparam obtinandu-se astfel ratele standardizate ale mortalitatii pentru zonele respective, rate care exprima frecventa asteptata a deceselor in ipoteza in care fiecare zona ar avea aceeasi structura pe grupe de varsta, respectiv structura populatiei de referinta.

2. Metoda indirecta (metoda mortalitatii standard).

Se alege un model de mortalitate specifica pe grupe devarsta drept model de referinta, standard. Acest model se aplica la structura pe grupe de varsta reala a fiecarei zone pe care o comparam, obtintandu-se astfel frecventa asteptata a deceselor in ipoteza unui model standard de mortalitate specifica.

Aceasta metoda se recomanda a fi utilizata atunci cand se compara mortalitatea in populatii relativ mici.

Raportul standardizat am mortalitatii reprezinta raportul dintre numarul de decese observate si numarul de decese asteptate. El masoara excesul de mortalitate inregistrat intr-o populatie fata de un model standard de mortalitate specifica.

Tabela de mortalitate.

Reprezinta o metoda de masurare, analiza si comparare a mortalitatii. Permite calcularea unor indicatori numiti functii biometrice si care sunt urmatorii:

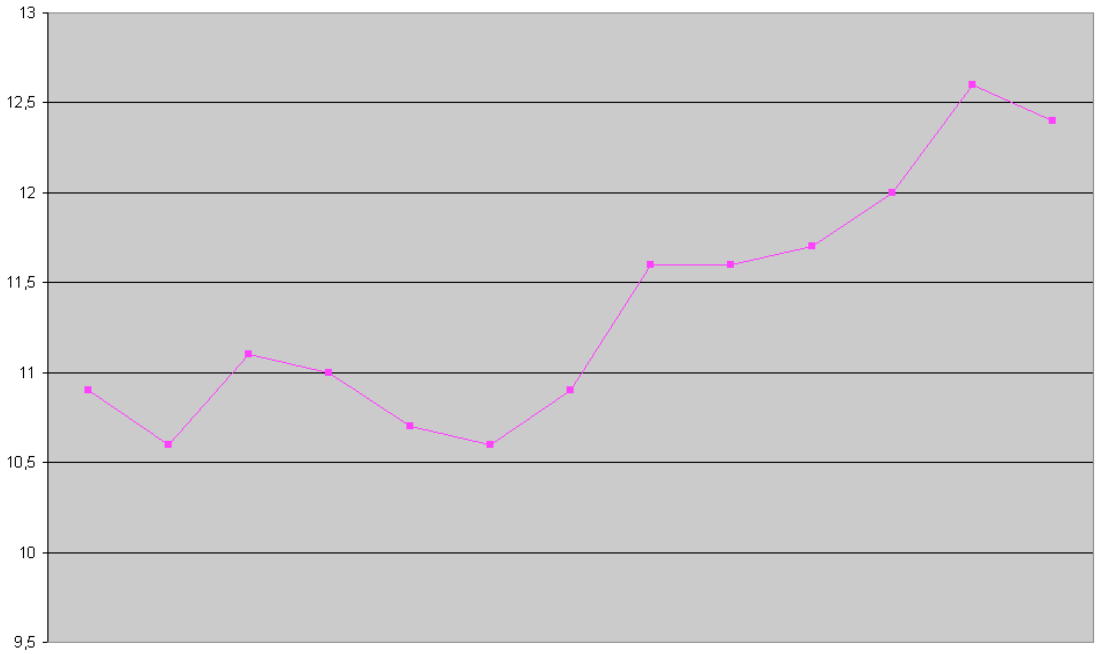
- numarul de supravietuitori - l_x sau S_x
- numarul de decese - d_x - reprezinta numarul de decese inregistrate in generatia fictiva de 100.000 daca aceasta generatie ar fi fost supusa riscurilor de deces din modelul de mortalitate inregistrat in anul de calcul;
- probabilitatile de deces - q_x
- probabilitatile de supravietuire - p_x
- speranta de viata la diferite varste - e_x

Exemplificarea standardizarii mortalitatii, a tabelei de mortalitate cu principalele notiuni precum si reprezentarea grafica a functiilor biometrice este prezentata in fisierul lpmort.xls

Speranta de viata la nastere (durata medie a vietii) - e_0 reprezinta un indicator sintetic al mortalitatii si in acelasi timp al starii de sanatate. Este numarul mediu de ani pe care o persoana spera sa-l traiasca in conditiile caracteristicilor modelului de mortalitate pe grupe de varsta a populatiei din care provine persoana, pentru un anumit an.

Caracteristici generale ale mortalitatii in Romania

Evolutia mortalitatii generale in Romania intre anii 1985-1997 este prezentata in figura.



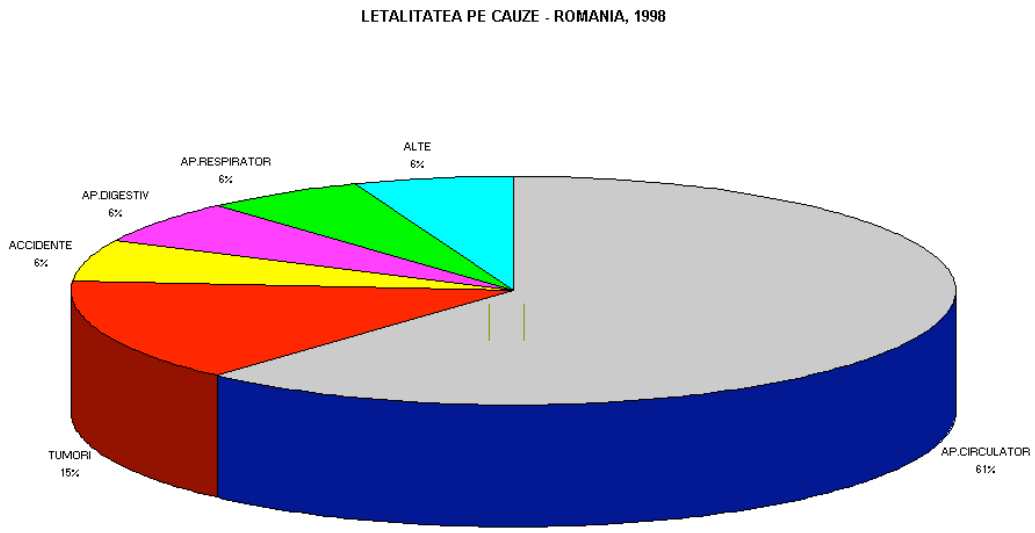
In perioada imediat postbelica mortalitatea generala a fost mare (valori de 20 si peste $20^{o}/_{oo}$), datorita conditiilor social-economice si sanitare nefavorabile, a secetei si epidemiilor. Ca urmare a aplicarii unor masuri cu caracter sanitar, mortalitatea cunoaste o scadere marcata ajungand sa inregistreze in 1956 valori de 9-10 $^{o}/_{oo}$. Urmeaza o perioada de evolutie stationara in jurul valorii de 10 $^{o}/_{oo}$ pentru ca incepand cu anul 1975 sa inregistreze o tendinta de crestere usoara ca urmare a schimbarilor survenite in structura pe grupe de varsta a populatiei - cresterea ponderii varstnicilor. In ultimii 10 ani evolutia sa este relativ stationara cu limite intre 10,4 si 11,6 $^{o}/_{oo}$. Rata standardizata a mortalitatii situeaza Romania printre tarile europene cu cea mai mare mortalitate.

Se inregistreaza o supramortalitate masculina.

Mortalitatea creste cu varsta, ponderea deceselor la copii (0-14 ani) fiind de 2,8%, a adultilor de 30,2%, a varstnicilor (65 ani si peste) de 67%(date pentru anul 1997).

Principalele cauze de deces in 1998 au fost :

- bolile cardiovasculare - 61,7%;
- tumorile maligne - 14,6%;
- accidente, traumatisme , otraviri - 6,03%;
- bolile aparatului respirator - 5,9%;
- bolile aparatului digestiv - 5.9%.



Intre ultimii 30 ani se constata modificari importante in modelul mortalitatii specifice pe cauze, grupe de varsta si sexe, dintre care mentionam: reducerea ponderii deceselor prin boli respiratorii si boli infecto-contagioase in special la femei; cresterea importanta a ponderii deceselor prin tumori, in special la grupe de varsta tinere si la sexul feminin; cresterea ponderii deceselor prin accidente la barbatii tineri si a bolilor cardio-vasculare la adultul tanar si varstnic.

Distributia teritoriala a mortalitatii evidentiaza rate brute de mortalitate mari in judetele din vestul si sudvestul tarii, judete cu o populatie imbatranita. In urma standardizarii judetele identificate ca fiind judete cu o situatie defavorabila sunt : Satu-Mare, Tulcea, Bihor, Caras-Severin.

Cauzele de deces nu se distribuie in aceeasi ordine si nu au aceeasi intensitate in judete datorita ponderii diferite cu care intervin factorii de risc biologici, ambientali, comportamentali si sanitari.

Speranta de viata la nastere (durata medie a vietii) inregistreaza in Romania, in 1988-1990, una din cele mai scazute valori din Europa: 69,56 ani (penultimul loc). Durata medie a vietii la populatia feminina a fost cu 6 ani mai mare decat cea a populatiei masculine. Aceasta situatie se datoreste mortalitatii infantile ridicate si unei mortalitati mari la adultii de pana la 65 de ani, ca efect al acumularii unui complex de factori negativi (subdezvoltarea economica, stresul, presiunea morala si insatisfactiile personale, un stil de viata defavorabil sanatatii). Ca indicator sintetic al starii de sanatate speranta de viata la nastere prezinta valori diferite de la un judet la altul (variatii intre 67-71 ani), reflectand astfel ca si in Rmania exista inechitatea populatiei in raport cu sanatatea si serviciile de sanatate.

Mortalitatea infantila

Este definita ca fenomenul demografic al deceselor 0-1 an inregistrate in populatia de nascuti vii, intr-o perioada data de timp si intr-un teritoriu.

Reprezinta un indicator specific de masurare si descriere a starii de sanatate a copiilor si in acelasi timp este considerata ca un indice sintetic al starii de sanatate al unei populatii, pentru ca in determinarea nivelului fenomenului sunt implicati o multitudine de factori, reflectind astfel actiunea concomitenta asupra sanatatii copilului 0-1 an, atit a factorilor economico-sociali si de mediu, cit si a celor care tin de sistemul de servicii de sanatate.

Metodele utilizate in masurarea mortalitatii infantile au drept scop:

-masurarea dimensiunii fenomenului;

-descrierea caracteristicilor mortalitatii infantile;

-identificarea factorilor de risc si cauzali care se asociaza si explica mortalitatea infantila.

Scopul general al acestor metode: elaborarea unor masuri (strategii) de interventie in vederea ameliorarii si controlului mortalitatii infantile.

Sursa datelor necesare masurarii, descrierii si analizei mortalitatii infantile poate fi reprezentata de:

-datele de statistica demografica curenta (prelucrarea informatiilor din certificatele medicale constatatoare ale mortii si certificate medicale constatatoare ale nasterii);

-datele de statistica sanitara curenta (prelucrarea informatiilor din fisele deceselor 0-1 an);

-anchetele medico-sociale special elaborate.

Studiul mortalitatii infantile, la fel ca si in cazul celorlalte fenomene demografice, se poate realiza intr-o maniera transversala, de moment (un an calendaristic) sau intr-o maniera longitudinala (studiu pe o generatie).

Metodele utilizate sunt de esenta epidemiologica si pot fi anchetele descriptive, analitice si operationale, de interventie.

Anchetele epidemiologice descriptive permit evidentierea unor diferentieri ale mortalitatii infantile in functie de o serie de caracteristici personale, de timp si de loc. Ele raspund, deci, la intrebarile:

-"la cine" apar decesele 0-1 an (descrierea fenomenului in functie de virsta la deces a copilului, de sex, de mediu de rezistenta, de rang, de greutate la nastere, de cauza medicala a decesului, etc.);

-"cind" apar decesele 0-1 an (descrierea fenomenului in timp);

-"unde" apar decesele 0-1 an (descrierea distributiei geografice, teritoriale a fenomenului).

Deci anchetele epidemiologice descriptive permit masurarea nivelului fenomenului, evaluarea tendintei, identificarea teritoriilor in care fenomenul inregistreaza o evolutie deosebita, determinarea frecventei factorilor cunoscuti ca fiind asociati unui risc crescut de deces 0-1 an, elaborarea unor ipoteze epidemiologice.

Anchetele epidemiologice analitice permit verificarea asociatiilor epidemiologice intre factorii considerati (de risc) si decesul sub 1 an, ele raspunzind la intrebarile "cum", "de ce" s-au produs decesele 0-1 an.

Aceste anchete pot fi anchete de tip prospectiv (pe cohorta) sau anchete de tip retrospectiv (caz-control). In cazul mortalitatii infantile, ancheta analitica este de fapt o ancheta pe o generatie, deoarece atit in abordarea prospectiva cit si in cea retrospectiva, populatia luata in studiu este reprezentata de nascutii vii ai unui an calendaristic.

Pe baza datelor obtinute din anchetele epidemiologice analitice se poate masura:

1.riscul de deces infantil la copiii expusi actiunii unui factor de risc;

2.riscul de deces infantil la copiii expusi unui factor de risc fata de cei ce nu sunt expusi (riscul relativ);

3.cu cit este mai mare riscul de deces infantil la copiii expusi actiunii factorului de risc fata de cei neexpusi (riscul atribuibil);

4.impactul actiunii unui factor de risc in populatie prin calcularea fractiunii atribuibile, cu alte cuvinte cit i se poate atribui unui factor de risc in nivelul mortalitatii infantile la generatia de nascuti vii studiata.

Anchetele operationale, de interventie permit evaluarea eficacitatii unor strategii (programe) de interventie care au drept scop reducerea mortalitatii infantile.

Principalii indicatori de masurare a mortalitatii infantile

1.Rata de mortalitate infantila:

$$RM_{0-1} = \frac{D_{0-1}}{N} x1000$$

unde: D_{0-1}-decedatii 0-1 an dintr-un an calendaristic si un teritoriu dat

N-nascutii vii din acelasi teritoriu si an calendaristic

2.Rata de mortalitate infantila pe medii:

$$RMI_{U,R} = \frac{\text{Decese 0-1an din U,R}}{\text{Nr.nascuti vii din U,R}} x1000$$

3.Rata de mortalitate infantila pe sexe:

$$RMI_{M,F} = \frac{\text{Decese 0-1an din M,F}}{\text{Nr.nascuti vii din M,F}} x1000$$

4.Ratele de mortalitate infantila in functie de virsta la deces:

$$RM_{\text{neonatala precoce}} = \frac{\text{Decese 0-6zile}}{\text{Nr.nascuti vii}} x1000$$

$$RM_{\text{neonatala tardiva}} = \frac{\text{Decese 7-27zile}}{\text{Nr.nascuti vii}} x1000$$

$$RM_{\text{neonatala}} = \frac{\text{Decese 0-27zile}}{\text{Nr.nascuti vii}} x1000$$

$$RM_{postneonatala} = \frac{\text{Decese 28-364zile}}{\text{Nr.nascuti vii}} \text{ x1000}$$

$$RM_{perinatala} = \frac{\text{Nascuti morti+decese 0-6zile}}{\text{Nr.nascuti vii}} \text{ x1000}$$

5.Rata de mortalitate infantila pe cauze:

$$R_{sp}M_{0-1} = \frac{\text{Nr.decese 0-1an datorate unei cauze}}{\text{Nr.nascuti vii in acea perioada}} \text{ x1000}$$

Factorii de risc ai mortalitatii infantile

Conditionarea multifactoriala a mortalitatii infantile a impus clasificarea factorilor de risc.

Dintre clasificarile intilnite in literatura de specialitate retinem clasificarea intr-o viziune sistemica, clasificare convenabila atit pentru practica curenta cit si pentru cercetare.

Aceasta clasificare tine seama de integrarea biosistemului mama-copil in alte biosisteme: familia, populatia, mediul (fizic si social), fiecare nivel de integrare necesitind interventia unui sector social.

1. Biosistemul mama-copil:

Factori endogeni:

-care tin de mama:

-virsta (sub 19 ani, peste 35 ani);

-paritate;

-avorturi in antecedente;

-patologie generala si obstetricala;

-accidente in timpul nasterii;

-interventii obstetricale.

-care tin de copil:

-greutate mica la nastere;

-sexul masculin;

-rangul nou-nascutului;

-virsta (primul trimestru);

-handicapuri biologice (malnutritie, rahitism, anemie, malformatii, infectii in interferenta cu factori exogeni).

Factori exogeni:

-intoxicatii;

-accidente;

-factori de mediu (inclusiv asistenta medicala).

2. Factorii care tin de familie:

-starea civila a mamei (mama celibatara);

-familie dezorganizata;

-nivelul scazut de instructie;

-venitul familiei;

-conditii de locuit nesatisfacatoare;

-familii cu domiciliul nestabil;

-alcoolismul;

-vagabondajul;

-tinerele familii in primul an de la constituirea lor.

3. Factori demografici:

-variatii in evolutia natalitatii si a fecunditatii;

-planificarea familiala.

Pentru Romania, pentru o perioada de 55 ani, coeficientul de corelatie a rangurilor intre mortalitatea infantila si rata bruta de natalitate a aratat o corelare destul de strinsa (r=0.54).

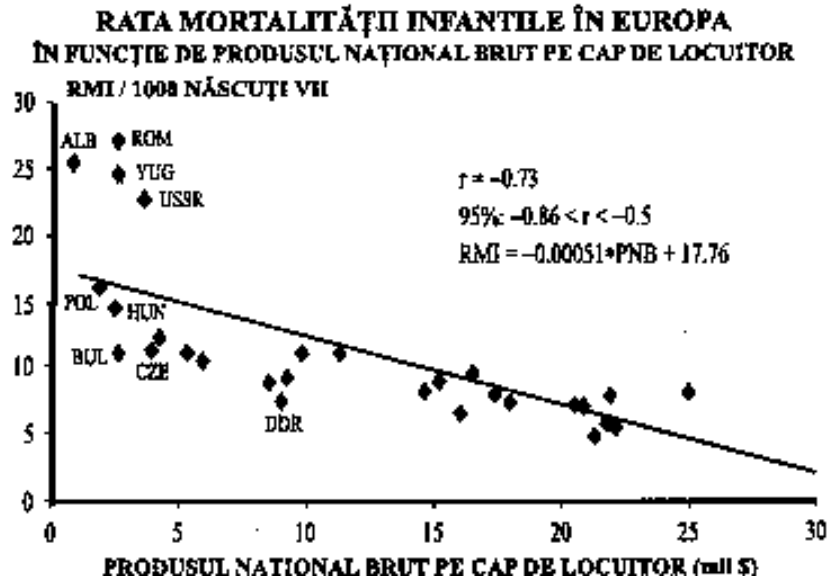
4. Factori economico-sociali si de mediu.

Caracteristici epidemiologice ale mortalitatii infantile in romania

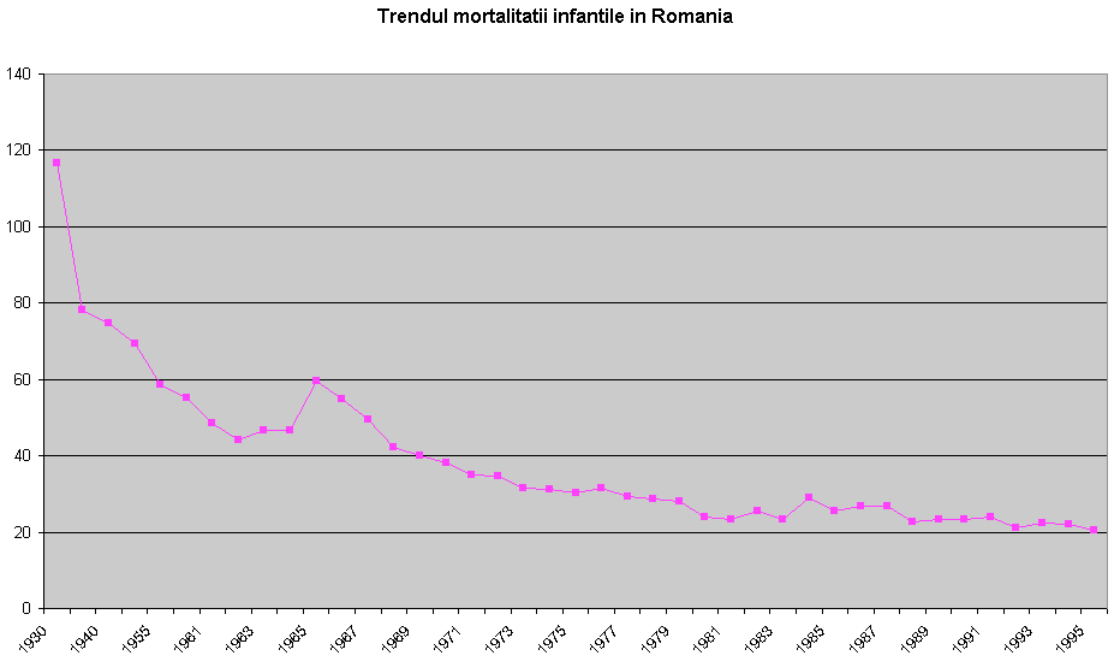
1. Nivelul si evolutia mortalitatii infantile

In functie de nivelul mortalitatii infantile, Romania se situeaza pe unul din ultimele locuri printre tarile europene.

Analiza regresiei ratei de mortalitate infantila in raport cu produsul national brut pe cap de locuitor si cu ponderea cheltuielilor pentru sanatate alocate din produsul national brut arata ca Romania are o situatie mai nefavorabila decit tarile cu nivel al produsului national brut pe cap de locuitor aproximativ egal cu al ei.



Mortalitatea infantila a inregistrat un ritm rapid de scadere dupa al doilea razboi mondial pina in 1965, cind ritmul de reducere s-a incetinit mult.



In 1990 valoarea ratei de mortalitate infantila a fost de 26,9‰ la nivelul tarii, cu oscilatii intre 15,9‰ si 46,5‰ la nivelul judetelor, iar in 1992 rata a scazut la 23,4%. Tendinta de scadere s-a mentinut, in 1998 mortalitatea infantila a atins nivelul de 20,5‰.

2. Distributia in profil teritorial

Mortalitatea infantila este mai mare in mediul rural ca urmare a particularitatilor caracteristice acestui mediu.

Judetele cu probleme deosebite sunt: Ialomita, Botosani, Calarasi, Constanta.

3. Mortalitatea infantila

3.1.*pe sexe*: se inregistreaza o supramortalitate masculina.

3.2.*pe grupe de virsta*: se inregistreaza o structura specifica modelului tarilor in curs de dezvoltare, caracterizat prin riscuri mari de deces. Astfel, predomina mortalitatea postneonatala (aproximativ 70% din totalul deceselor infantile se produc dupa implinirea virstei de o luna).

4. Principalele cauze de deces infantil sunt:

- bolile respiratorii;
- cauze perinatale;
- malformatii congenitale;
- bolile infecto-parazitare;
- bolile digestive;
- accidentele.

Decesele sub 1 an sunt favorizate de prematuritate, de malnutritie protein-calorica si de factori socio-economici si culturali.

Conceptul de planificare familială

Obiective pedagogice:

- să cunoască conceptul de planificare familială;
- să cunoască factorii care influenţează atitudinea faţă de planificarea familială
- să cunoască factorii care determină calitatea produsului de concepţie
- să cunoască obiectivele strategiei naţionale de planificare familială
- să cunoască obiectivele de calitate în planificarea familială

Planificarea familială reprezintă determinarea conştientă de către familie a numărului de copii şi eşalonarea în timp a naşterilor. Planificarea familială este una dintre ramurile medico-socialului; ea oferă posibilitatea exercitării unui drept fundamental uman şi anume alegerea momentului optim în vederea concepţiei. Alegerea acestui moment este dependentă de o serie de factori:

- sociali (de exemplu căsătoria)
- economici (existenţa/inexistenţa unei locuinţe, venituri)
- religioşi
- de sănătate (spaţializarea naşterilor).

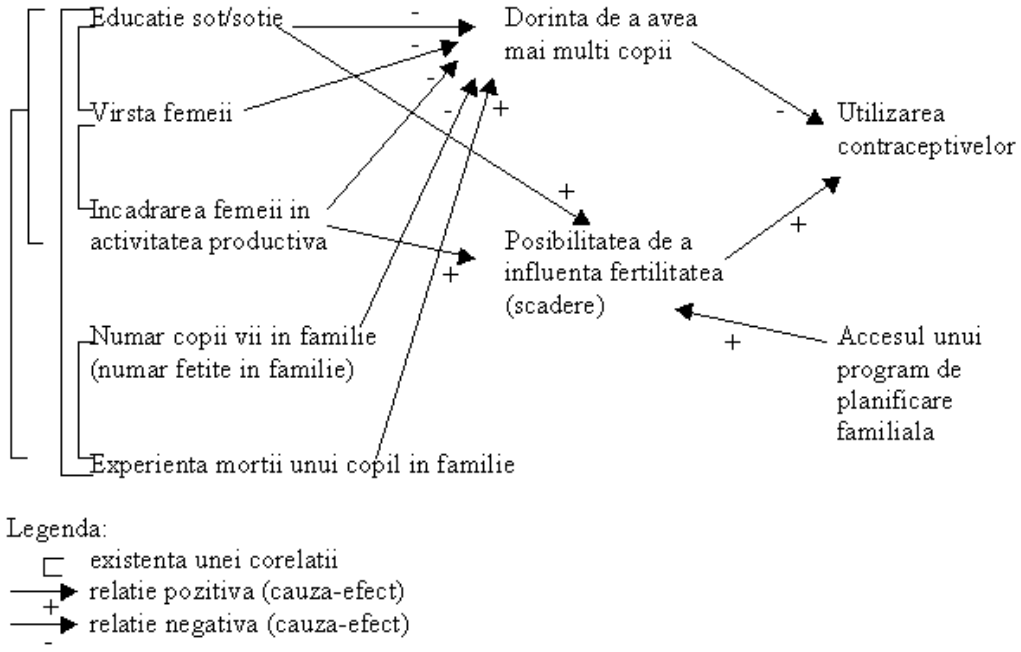
Fiecare familie are dreptul să-şi stabilească numărul de copii dorit şi momentul apariţiei acestora, în acelaşi timp trebuind să fie conştientă de obligaţiile şi răspunderile pe care le are faţă de copil.

În dezvoltarea conceptului de planificare familială există două momente:

- în primul moment societatea şi cei care se ocupau cu dezvoltarea socială şi a sistemului de sănătate au constatat că numărul populaţiei creşte excesiv de mult, creştere care exercită presiuni mari asupra societăţii şi a familiei. Au apărut primele tendinţe în planificarea familială: reducerea numărului de copii în familie, deci eşalonarea naşterilor. Acest aspect reprezintă în primul rând o problemă a societăţii şi în al doilea rând o problemă a familiei.
- al doilea moment este reprezentat de îndreptarea atenţiei spre tratamentul sterilităţii pentru a da posibilitatea familiei să aibă numărul de copii dorit. Acest aspect este în primul rând o problemă a familiei şi în al doilea rând o problemă a societăţii.

Atitudinea familiilor faţă de planificarea familială le poate împărţii în: familii de tip malthusian (care aplică planificarea familială) şi familii de tip nemalthusian (care nu aplică planificarea familială).

OMS a elaborat un model ce cuprinde principalii factori care influenţează atitudinea faţă de planificarea familială şi inter-relaţiile acestor factori :


Educatie sot/sotie
Dorinta de a avea mai multi copii
Virsta femeii
Utilizarea contraceptivelor
Incadrarea femeii in activitatea productiva
Posibilitatea de a influenta fertilitatea (scadere)
Numar copii vii in familie (numar fetite in familie)
Accesul unui program de planificare familiala
Experienta mortii unui copil in familie
Legenda:
existenta unei corelatii
relatie pozitiva (cauza-efect)
relatie negativa (cauza-efect)

Planificarea familială este importantă pentru viitorul țării şi pentru viitorul lumii, cu toții dorim să avem copii sănătoşi, deştepți şi frumoşi. O națiune este mai ales ceea ce sunt şi vor deveni copiii ei, grija arătată şi condițiile oferite acestor copii, de la naşterea lor până în pragul maturității. Este şi mai bine când componenta medicală a societății, sau mai bine zis, o parte a ei, îşi asumă responsabilitatea sănătății reproducerii şi a calității produsului de concepție. Determinarea calității produsului de concepție ține cont de numeroşi factori umani ,sociali şi economici, subiectivi sau obiectivi:

- dreptul fundamental al femeii de a alege momentul concepției în funcție de motivațiile proprii (sociale, religioase, economice).
- spațializarea naşterilor: o sarcină reprezintă un efort din partea organismului matern, o suprasolicitare, cu un consum suplimentar de substanțe nutritive minerale şi vitamine. Ca atare este necesară o reglare conştientă a frecvenței naşterilor şi a timpului scurs între două naşteri succesive. Timpul minim necesar între două naşteri este de doi ani, în caz contrar pot apare doua situații nedorite: creşterea mortalității infantile (punctul minim este atins de rata mortalității infantile atunci când intervalul dintre două naşteri succesive este de 4 ani) sau /şi creşterea mortalității materne (aici există influențele spațializării naşterilor şi a vârstei mamei; s-a observat că rata maximă de mortalitate maternă se atinge în cazul femeilor sub 20 de ani şi a celor ce depăşesc 35 de ani, cu trei sau mai mulți copii, precum şi pentru femeile cu sarcini la un interval intergenezic mai mic de 2 ani.
- evitarea sarcinilor nedorite
- evitarea şi scăderea numărului întreruperilor voluntare de sarcină

- sfatul contraceptiv (consiliere) oferit fiecărei persoane care îl solicită, indiferent de sex, rasă sau credință religioasă.
- sănătatea reproductivă a cuplului în general, a femeii în special prin depistarea patologiei aparatului reproductiv, diagnosticul tratamentul şi momentul unei eventuale şi necesare abordări chirurgicale
- prevenirea, diagnosticul şi tratamentul bolilor cu transmitere sexuală (BTS).
- screening-ul citologiei colpo-cervicale
- diagnosticul şi urmărirea sarcinii
- diagnosticul şi consilierea adecvată partenerilor cu tulburări de dinamica şi partenerilor cu tulburări de sensibilitate sexuală.
- activități de educație sexuală şi contraceptivă prin toate căile şi toate mediile sociale existente.

Toți aceşti factori, aceste scopuri şi manopere medicale, se reîntâlnesc sub denumirea generică de planificare familială – concept modern în lumea medicală internațională, din păcate de multe ori minimalizat în cea românească.

În România planificarea familială a intrat în drepturile sale din anul 1990, dar numărul de avorturi chiar dacă a scăzut semnificativ rămâne mare (se înregistrează mai mult de 250.000 avorturi/an). Informații privind numărul avorturilor şi ratele de mortalitate maternă sunt prezentate în tabelul următor:

	1989	**1990**	**1992**	**2001**
Mortalitatea maternă (la ‰ născuți vii)	1.7	0.83	0.60	0.34
Mortalitatea maternă prin avort (la ‰ născuți vii)	1.48	0.55	0.38	0.16
Avorturi (la ‰ născuți vii)	525.5	3152.59	2657.0	1165.5
Număr total de avorturi	193084	992265	691863	254855

Cadrul legal şi evoluția planificării familiale

După 1989, a fost instituit un Program Național de Planificare familială fundamentat pe două elemente principale:

- ♦ relația existentă între avortul ilegal şi un nivel ridicat al morbidității şi mortalității la femei, precum şi numărul mare de copii abandonați şi handicapați.
- ♦ recunoaşterea dreptului familiei de a stabili numărul de copii pe care şi-l doreşte.
- ♦ Temeiul legal pentru desfăşurarea activităților de planificare familială:
- ♦ Ordinul nr. 136 al MS privind înființarea centrelor şi cabinetelor de planificare familială precum şi aprobarea normelor de organizare şi funcționare a acestora.
- ♦ Legea nr.10071998 privind asistența de sănătate publică.
- ♦ Hotărârea Guvernamentală nr.1512 din 1871272002 pentru aprobarea contractului cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadru sistemului de asigurări sociale de sănătate.

- ♦ Ordonanța de urgență 15072002 privind organizarea şi funcționarea sistemului de asigurări sociale de sănătate.
- ♦ Ordinul MS nr. 20 din 1670172003 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a contractului cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate.
- ♦ Ordinul nr. 85/2002 al MSF şi al preşedintelui CNAS pentru aprobarea subprogramelor de sănătate şi a normelor metodologice privind finanțarea, raportarea şi controlul indicatorilor prevăzuți în programele, respectiv în subprogramele de sănătate finanțate din bugetul MSF şi din bugetul Fondului de asigurări sociale de sănătate.

În ultimii ani politica Guvernului a acordat mai multa atenție sănătății familiei şi acest fapt s-a reflectat în importanța dată programelor de promovare a sănătății familiei. În anul 2001 au existat mai multe programe naționale care au avut ca scop îmbunătățirea stării de sănătate a mamei şi copilului, dintre care cel mai important a fost Programul nr.12 de planificare familială şi protecție a stării de sănătate a mamei şi copilului (PN12) cu 22 de subprograme distincte. Programul 12 a urmărit reducerea numărului de sarcini nedorite prin oferirea de servicii de planificare familială şi reducere a morbidității şi mortalității infantile şi materne prin abordarea principalelor probleme de sănătate ale femeii şi copilului. În ceea ce priveşte planificarea familială, subprogramele respective au avut ca scop creşterea numărului de femei cu vârste între 16-45 ani utilizatoare de metode contraceptive şi reducerea numărului de sarcini nedorite şi a avorturilor la cerere precum şi diagnosticul precoce al infertilității de cuplu. Printre obiectivele PN 12 s-au numărat:

- ♦ oferirea de servicii de planificare familială tuturor femeilor care solicită acest lucru, inclusiv celor care nu pot dovedi calitatea de asigurat.
- ♦ distribuirea de contraceptive prin mecanism central şi local.
- ♦ efectuarea de către medicii de planificare familială a activităților de informare, educare, comunicare, formare profesională, cercetare, coordonare a activităților de planificare familială. PN12 a fost finanțat de la bugetul de stat şi din donații şi a avut drept indicatori: indicatori fizici (număr de utilizatori noi pe metode contraceptive, numărul de fişe de contracepție tipărite, numărul de registre zilnice de activitate tipărite).
- ♦ indicatori de rezultat (numărul de unități de contracepție distribuite pentru fiecare metoda şi numărul de persoane instruite să ofere servicii de contracepție)
- ♦ indicatori de eficiență (costul mediu/utilizator de contracepție şi costul mediu/persoana instruită să ofere servicii de contracepție.

Pentru ca sănătatea reproducerii şi cea a sexualității reprezintă priorități majore ale OMS, în anul 2002 MS a lansat şi în România o strategie pe termen lung 2002-2006. Astfel din anul 2002 numărul programelor naționale de sănătate s-a redus la 4, iar programul de sănătate a Copilului şi Familiei se numără printre acestea, iar pentru fundamentarea deciziilor referitoare la prioritățile intervențiilor şi activităților a

fost propusă constituirea unui grup consultativ pentru sănătatea femeii, copilului şi familiei alcătuit din reprezentanţi ai MS, CNAS, Institutul de Ocrotire a Mamei şi Copilului, Institutul de Sănătate Publică Bucureşti, Autoritatea Naţională pentru Protecţia Copilului şi Adopţie.

Unul dintre scopurile Programului de Sănătate a Copilului şi Familiei (PN3) este reducerea numărului de sarcini nedorite prin oferirea de servicii de planificare familială, reducerea morbidităţii şi mortalităţii infantile şi materne prin abordarea principalelor probleme de sănătate a femeii şi copilului. Dintre obiectivele strategice pe termen lung au fost propuse: creşterea prevalentei utilizării metodelor moderne de contracepţie, scăderea numărului de avorturi, scăderea incidenţei BTS, creşterea gradului de informare a populaţiei cu privire la metodele de prevenirea afecţiunilor specifice majore ale femeii şi copilului, implementarea serviciilor de asistenţă comunitară ca interfaţă între serviciile medicale şi sociale şi armonizarea cadrului legislativ referitor la sănătatea copilului şi familiei în conformitate cu cerinţele Uniunii Europene. În cadrul domeniilor de sănătatea reproducerii şi informare –educare – comunicare (IEC) sunt specificate următoarele intervenţii:

- Consolidarea asistenţei medicale primare pentru furnizarea serviciilor de sănătate a reproducerii în strânsă legătură cu serviciile de specialitate prin:
  - instruirea şi perfecţionarea personalului medical din asistenţa medicală primară şi de specialitate.
  - îmbunătăţirea comunicării între nivelurile naţional – local – furnizori prin întâlniri periodice trimestriale.
  - procurarea şi distribuţia de contraceptive gratuite şi cu plată
  - tipărirea şi distribuţia de fişe şi formulare specifice (fişe de contracepţie, registre zilnice de activitate şi formulare de raportare)
- Îmbunătăţirea gradului de informare a populaţiei şi furnizorilor cu privire la metodele moderne de contracepţie prin elaborarea şi prezentarea de materiale informative (afişe, pliante, broşuri, cărţi) şi distribuţia materialelor mai sus menţionate.

În ceea ce priveşte sănătatea reproducerii, mai sunt prevăzute şi următoarele: prevenirea cancerului de col uterin prin depistarea activă precoce în asistenţa medicală primară şi centre specializate, profilaxia patologiei reproducerii umane prin fundamentarea şi organizarea unei reţele de centre de diagnostic pre şi postnatal precum şi informarea colectivităţilor de copii şi adolescenţi cu privire la promovarea unui comportament sanitar şi social sănătos.

Aceasta strategie vizează distribuţia de contraceptive gratuite nu numai prin cabinetele de planificare familială, al căror număr este limitat şi nu poate acoperi întreaga populaţie- mai ales din mediul rural-ci şi prin cabinetele medicilor de familie, ceea ce constituie o noutate. Contraceptivele gratuite se acorda persoanelor din următoarele categorii: şomere, eleve şi studente, persoane care fac parte din familii beneficiare de ajutor social, precum şi altor categorii de persoane fără venituri şi care prezintă dovezi în acest sens. De asemenea, ca o noutate, ele se acordă tuturor femeilor cu domiciliul stabil în mediul rural şi

femeilor care efectuează un avort la cerere intr-o unitate sanitare publica. Toate contraceptivele sunt preparate moderne eficiente şi lipsite de efecte nocive, din categoria contraceptivelor orale,injectabile şi a dispozitivelor intrauterine.

O alta noutate importanta este reprezentata de introducerea pentru prima oara a contraceptivelor orale şi injectabile în lista medicamentelor compensate, acest fapt contribuind la creşterea accesului femeilor la contracepție.

În paralel cu achiziția şi distribuția de contraceptive gratuite, strategia MS include şi instruirea continuă a medicilor de familie în programe de planificare familială, astfel încât aceştia sa îşi actualizeze cunoştințele despre contracepția moderna. O componenta importanta în curs de definire este reprezentata de sistemul de evaluare şi control al calității serviciilor de planificare familială.

Acest program de contracepție reprezintă primul program integrat în domeniul sănătății femeii, care încorporează toate nivelele asistentei medicale până la nivelul asistentei primare, care include aspecte de instruire, logistica, evaluare şi care beneficiază de finanțare combinată din partea MSF şi a principalilor donatori internaționali activi în domeniu.

Rolul medicului în planificarea familială

Medicii sunt în prima linie a programelor de Planificare familială, având o serie de atribuții în organizarea, administrarea şi furnizarea acestor servicii. Există diferențe foarte mari în abordarea practica a serviciilor de Planificare familială de către medici, diferențe determinate în special de țările sau regiunile în care se desfăşoară acestea.

- De exemplu, în țările în care raportul intre numărul de medici şi populație este foarte mic, furnizarea de servicii şi consilierea privind contracepția orala şi metodele contraceptive de bariera pot fi delegate unui alt personal sanitar (asistente, moaşe, infirmiere sau personal paramedical). în numeroase țari în care activitățile de Planificare familială se desfăşoară pe baza comunitara se face apel la un personal paramedical, care a urmat o pregătire speciala pentru a putea furniza anumite servicii în domeniu.
- De asemenea în aceste regiuni medicul de Planificare familială este abordat în cazurile în care exista unele contraindicații relative privind administrarea uneia sau alteia dintre metodele contraceptive, la apariția unor efecte secundare ale acestora, pentru furnizarea metodelor contraceptive chirurgicale (sterilizare masculina şi feminina), inserție dispozitiv intra uterin (DIU), cât şi formarea personalului medical şi paramedical în vederea furnizării de consiliere şi alte servicii.
- Inserția DIU în unele țări a fost în mod eficient delegată şi altui personal sanitar pregătit în acest sens.
- În afara de implicarea în acordarea serviciilor de Planificare familială, medicul are un rol deosebit de important în promovarea conceptului la toate nivelele atât prin asigurarea consilierii cuplurilor sau individual, cat şi prin mass-media. în acest sens el are o poziție ideală pentru a furniza

informații privind avantajele ce rezidă din temporizarea unei prime sarcini, spațializarea naşterilor, reducerea numărului de copii născuți de o singură femeie la 3 sau mai puțin, şi dacă se poate întreruperea sarcinilor peste vârsta de 35 de ani.

- ♦ În acelaşi timp rolul medicului trebuie sa fie activ, concret şi coerent, încercând în permanență să convingă factorii decizionali sociali şi politici asupra importanței planificării familiale şi necesității asigurării de servicii de calitate, bine organizate şi conduse.
- ♦ Un alt rol important al medicului în cadrul serviciilor de planificare familială, este administrarea lor. în multe situații medicul este cel care trebuie să organizeze o clinică de planificare familială, să hotărască un plan de activitate, să împartă în mod judicios un buget, să supravegheze munca personalului sanitar din subordine, inclusiv o corectă evidența a fişelor şi a datelor statistice referitoare la clienți.

Toate aceste sarcini expuse anterior sunt aşa cum am amintit, foarte diferite de la o regiune la alta, de la o tară la alta ,în funcție de o serie de factori: raportul dintre numărul de medici şi populate, gradul de acceptabilitate a procedurilor de Planificare familială şi gradul de civilizație al populației, gradul , nivelul şi calitatea programelor şi serviciilor de planificare familiala în tara respectiva, interesul eşaloanelor sanitare superioare cu privire la aspectele privind planificarea familială în teritoriu,etc..

În România, în linii mari, rolul medicului în activitatea de planificare familială este acelaşi şi anume: diagnosticul clinic şi de laborator al sarcinii cu îndrumarea adecvată spre dispensarizare şi consultație prenatală sau spre serviciul de întrerupere a sarcinii; stabilirea diagnosticului şi tratamentul sterilității şi infertilității; desfăşoară activități de profilaxie, diagnostic şi tratament al bolilor cu transmitere sexuală; se implica în crearea şi derularea de programe de screening pentru depistarea cancerului genito-mamar; diagnosticul şi tratamentul bolilor inflamatorii pelvine.

- ♦ De asemenea un rol deosebit de important îi revine în cadrul consultației contraceptive, insistând asupra informării privind importanta planificării sarcinii, informarea în vederea alegerii metodei contraceptive, prescriind şi aplicând contracepția hormonala, cea locala sau metode naturale şi supraveghind ulterior evoluția pacientei, în funcție de metoda utilizata pe baza fiselor tip, specifice acestor cabinete.
- ♦ Un rol deosebit de important, îl are medicul în rezolvarea patologiei sexuale de cuplu.

În afara activității de asistența medicală menționată, medicul are de efectuat o serie de acțiuni de informare, educare şi consiliere în probleme de sănătatea reproducerii umane, acțiuni desfăşurate la modul individual, de cuplu, sau grupuri mici.

Este de dorit ca această activitate să se desfăşoare în unitățile de învățământ de toate nivelele în mass-media, sau focalizate pe unele grupuri țintă, scopul fiind cel al transmiterii şi răspândirii informațiilor

corecte şi coerente privind sănătatea reproducerii în general şi planificarea familială în special, în vederea creşterii acceptabilităţii contracepţiei, având ca rezultat scăderea numărului de avorturi la cerere şi a sarcinilor nedorite în general.

Avantaje şi limite în planificarea familială

Atât din punct de vedere teoretic, cât şi practic, planificarea familială se situează undeva la limita dintre medical şi social . În această activitate complexă sunt implicaţi medici de medicină generală, de medicină şcolară şi, uneori, chiar şi psihiatrii, asistenţi medicali, psihologi, profesori, asistenţi sociale, jurişti etc.

Necesitatea acestei variate palete de specialişti este dată de complexitatea problemelor la care planificarea familială e obligată să le găsească rezolvare la un nivel calitativ cât mai ridicat. „Umbrela planificării familiale" acoperă: contracepţia, prevenirea, diagnosticul şi tratamentul BTS, scăderea morbidităţii şi mortalităţii materno-infantile, scăderea şi prevenirea abandonului, consilierea psiho-sexuală, consilierea pentru tineri, avortul, sterilizarea voluntara, infertilitatea/ sterilitatea, sfatul genetic, consultul prenupţial, adopţie, aspecte psihologice.

Figura - Umbrela planificării familiale

Consecinţele la nivel mondial ale lipsei unor servicii adecvate de sănătate a reproducerii (incluzând pe lângă servicii de planificare familială şi îngrijirea obstetricală de urgentă, asistenţa medicală pe durata sarcinii şi lăuziei, etc.) pot fi extrem de grave. Astfel la fiecare minut o femeie moare din cauze legate de sarcina, zilnic 14.000 de persoane se infectează cu HIV, anual mor 500.000 de femei şi 7 milioane de nou născuţi. Pe planetă trăiesc astăzi aproximativ 6 miliarde de oameni şi există posibilitatea ca acest număr să crească cu 50% în următorii 50 de ani. Alegerile făcute astăzi de oameni vor avea un impact major pentru

sănătatea planetei. In România se constată o reducere a populației prin natalitate scăzută, prin o mortalitate care se menține peste nivelele europene şi prin emigrație. Dacă se doreşte un spor al natalității în țara noastră – copii doriți rezultați din cupluri legal constituite – principala soluție este combaterea sărăciei şi îndreptarea mai multor resurse către femei şi sănătatea reproducerii.

În ceea ce priveşte limitele planificării familiale trebuie consemnat că lipsa informațiilor despre serviciile de planificare familială poate constitui un handicap important pentru ca populația să se adreseze acestor servicii (este nevoie de informare, educare şi comunicare în acest domeniu). O altă limită a planificării familiale poate fi considerată ca fiind prețul contraceptivelor. Un pas important a fost făcut oferindu-se gratuit contracepționale categoriilor sociale defavorizate.

Calitatea serviciilor de planificare familială

Milioane de femei şi bărbați din întreaga lume nu au acces la servicii de planificare familială de înaltă calitate. O înaltă calitate a serviciilor de planificare familială înseamnă:

- ♦ pacientului îi este dat un grad suficient de informație, de bună calitate, despre planificarea familială astfel încât poate face cea mai bună alegere pentru el;
- ♦ să existe o gamă largă de metode disponibile pentru pacient;
- ♦ pacientul să-şi permită financiar metodele de planificare familială;
- ♦ persoanele care oferă serviciile de planificare familială să fie competente;
- ♦ interacțiunea dintre pacient şi cel care oferă serviciile să fie de calitate (adică participarea deplină a pacientului în luarea deciziei asupra alegerii metodei de contracepție, iar persoana care oferă serviciile să îl ajute pe pacient cu respect, fără a-l judeca, oferindu-i suportul moral necesar);
- ♦ să existe o bună urmărire şi continuitate a îngrijirilor în domeniul planificării familiale; serviciile de planificare familială să fie integrate sau foarte apropiate de alte servicii de sănătate a reproducerii;
- ♦ serviciile de informare, educare şi comunicare să fie integrate în serviciile de sănătate a reproducerii şi să constituie suportul pentru îmbunătățirea programelor de sănătate a reproducerii;
- ♦ serviciile de planificare familială să ofere servicii de prevenție a BTS.
- ♦ Considerații despre implicarea femeilor în creşterea calității serviciilor de sănătate a reproducerii

Una dintre lecțiile învățate în toate sectoarele dezvoltării este importanța încorporării perspectivei femeii în planificările programelor şi politicilor. Această lecție are implicații profunde în sfera sănătății reproducerii precum şi în informarea, educația şi comunicarea din acest domeniu. Să asculți femeia, să o incluzi în planificarea, implementarea şi luarea deciziilor, să aplici realitățile vieții ei de zi cu zi, sunt fațete ale succesului intervențiilor privind sănătatea reproducerii. Trebuie cunoscute prioritățile şi nevoile femeii în toate aspectele vieții, fără subiectivism şi fără prejudecăți. Temele despre sexualitatea umană, spațierea naşterilor, concepție, avort, contracepție, practici ale naşterii, evenimentele obstetricale sunt teme sensibile şi personale. Femeile au nevoie să simtă că atitudinile lor, valorile, experiențele şi convingerile le sunt respectate. Mesajele despre sănătatea reproducerii trebuie să se adreseze femeii ca femeie, nu doar, de exemplu, femeii gospodină, ci femeii ca membră adultă a familiei şi comunității. Programele de informare,

educare şi comunicare (IEC) în domeniul sănătății reproducerii, destinate femeii, trebuie să fie accesibile pentru ele, iar informațiile nu trebuie să fie simpliste sau condescendente. Aspectele sănătății reproducerii trebuie să fie în concordanța cu ciclul vieții şi cu fiecare aspect din viața femeii.

Considerații despre implicarea bărbaților în creşterea calității serviciilor de sănătate a reproducerii

Este un lucru deja înțeles ca sănătatea reproducerii are nevoie de suportul şi participarea bărbaților. Bărbații , în calitate de parteneri, lideri ai comunității sau lideri guvernamentali trebuie să fie implicați în programele de sănătate a reproducerii. Este important să se ştie ce vor bărbații şi ce nevoi au în legătură cu planificare familială şi sănătatea reproducerii. Creşterea participării bărbaților în programele de planificare familială trebuie să înceapă cu înțelegerea punctului lor de vedere şi cu perceperea nevoilor lor distincte de cele ale femeilor. Stereotipia de "macho man" este contraproductivă şi limitează accesibilitatea la informație; în acelaşi timp nu trebuie uitat potențialul bărbaților de a influența negativ luarea deciziilor de către femei. Este bine ştiut că multe femei simt că trebuie să folosească contracepția fără să vorbească cu partenerii lor, chiar şi în prezența unui consilier, pentru că se tem de represalii.

Bărbații au în promovarea propriei sănătăți a reproducerii un rol tot atât de important ca cel al femeilor sau tinerilor. Toate țările trebuie să înțeleagă faptul că, bărbații, dacă sunt corect informați pot servi drept „agenți" care să aducă şi să convingă femeile să accepte şi să practice planificarea familială. Implicarea bărbaților în sănătatea reproducerii aduce rezultate benefice în ceea ce priveşte prevenția BTS.

Dezvoltarea serviciilor de IEC în domeniul sănătății reproducerii având drept țintă bărbații a crescut numărul bărbaților care-şi însoțesc partenerele la consulturile antenatale şi postnatale. În multe țări, în maternități se amenajează spații speciale pentru partenerii femeilor care sunt în travaliu şi nasc. Dacă bărbaților le sunt oferite servicii de sănătate sexuală mai comprehensive nu numai că vor apela la aceste servicii mai frecvent pentru temerile şi nevoile lor, dar vor fi mult mai deschişi la ideea altor intervenții în domeniul sănătății reproducerii, cum ar fi implicarea bărbaților pentru a îmbunătății sănătatea femeii sau responsabilitatea pentru un comportament sexual sănătos.

Considerații despre implicarea tinerilor în creşterea calității serviciilor de sănătate a reproducerii

Proiectele de sănătate a reproducerii pentru tineri pot fi controversate. Părinților, politicienilor sau grupurilor religioase le este teamă că discuția despre sexualitate, planificare familială sau oferirea de servicii de contracepție încurajează promiscuitatea sau grăbesc sexul premarital. Datorită sensibilității subiectului, astfel de proiecte trebuie începute la o scară mai mică şi apoi extinse, încetul cu încetul şi trebuie să implice tinerii în calitate de designeri, implementatori şi purtători de cuvânt.

SĂNĂTATEA FAMILIEI

Obiective educationale:

- **definirea conceptului de familie si sanatate familiala**
- **cunoasterea principalelor caracteristici medico-sociale ale familiei**
- **descrierea principalelor caracteristici demografice ale familiei**
- **descrierea conceptului de planificare familiala**
- **cunoasterea principalelor probleme de sanatate legate de planificarea familiala**

Noțiunea de familie

Deşi fiecare dintre noi am putea spune ce este o familie, acest tip de grup social este destul de greu de definit.

Abordarea poate fi diferită; din punct de vedere sociologic familia este un nucleu social constituit pe baza relațiilor de căsătorie, consangvinitate şi rudenie, membrii grupului împărtăşind sentimente, aspirații şi valori comune. Din perspectivă juridică, familia este un grup între care s-au stabilit un set de drepturi şi obligații, reglementatt prin norme legale.

Deşi foarte asemănătoare cele două abordări nu se suprapun; cel mai bun exemplu este cuplul separat prin divorț care nu mai îndeplineşte funcțiile unei familii dar între care există reglementări legale privind tutela şi sprijinul financiar acordat copiilor minori.

În limbajul comun termenul de familie este folosit atât pentru familia din care provine un individ cât şi pentru familia constituită prin căsătorie. Sociologia face distincție între familia de origine şi cea conjugală, fiecare individ făcând parte din două familii nucleare: familia părinților săi şi familia de procreație.

Relațiile din cadrul unei familii pot fi reduse la patru categorii principale:

- Relații dintre soți
- Relații dintre părinți şi copii
- Relații dintre descendenți (copiii aceluiați cuplu)
- Relații între membrii cuplului şi alte persoane (socri, cumnați); acest tip de relații este dependent de societatea în care evoluează (spre exemplu este foarte important în țările arabe).

Familia are la bază, de fapt, un ansamblu de roluri şi statusuri sociale; îndeplinirea lor este controlată atât de familia de origine cât şi de comunitatea în care trăieşte individul. Pregătirea pentru exercitarea acestor roluri se face pe baza unor modele sociale. În familiile în care învățarea rolurilor nu se face în mod adecvat indivizii sunt predispuşi la eşecuri de rol.

Referindu-ne la sănătatea familiei putem să aducem în atenție definiția OMS conform căreia aceasta înseamnă mult mai mult decât suma sănătății individuale a persoanelor componente ale familiei; sănătatea familiei exprimă interrelațiile care se stabilesc în cadrul acestui grup social.

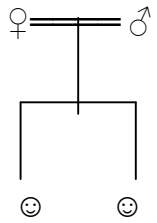
OMS recomandă patru grupe de indicatori pentru măsurarea sănătății familiei şi anume:

- Factori demografici – structura familiei, mărimea medie a familiei, tipul de familie, ciclu de viață al familiei,
- Factori medicali – prevalența factorilor de risc în familie, prevalența bolilor în familie, agregarea bolilor în familie
- Factori sociologici – țin de abordarea sociologică a sănătății familiei în literatura de specialitate existând noțiunea de "APGAR al familiei"
- Factori economici – costul bolii pentru familie, impactul bolii asupra familiei.

Tipologia familiei

Cel mai important criteriu de clasificare a familiei este reprezentat de relațiile de rudenie. Astfel există familie nucleară şi familie extinsă.

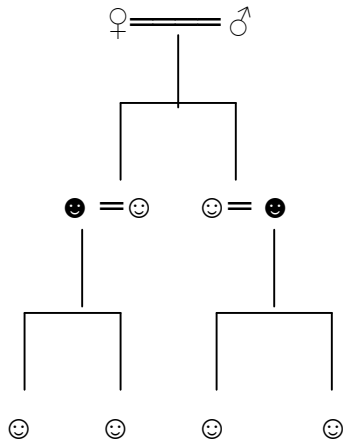
Familia nucleară este alcătuită dintr-o pereche maritală şi copii care locuiesc şi gospodăresc împreună.



♀ - femeie
♂ - bărbat
= - căsătorie
| - descendență

☺ - copil

Familia extinsă – cuprinde nucleul familial şi alte rude şi generații. Cel mai frecvent familia extinsă este alcătuită din bunici, părinți, copii.



♀ - femeie
♂ - bărbat
= - căsătorie

| - descendență
☺ - copil

Familia nucleară şi familia extinsă , aşa cum au fost prezentate, sunt tipuri ideale , cazurile concrete fiind abateri de la modelul teoretic (ex. cuplul fără copii).

Există familii **patriarhale**, în care relațiile economice, politice şi sociale sunt controlate de bărbați şi familii **matriarhale** unde relațiile de familie, mai puțin celelalte, sunt dominate de femei.

În societatea modernă are loc o extensie a familiilor **monoparentale**- copii cu un singur părinte- în care cele **matrifocale** sunt majoritare.

Istoria familiei cunoaşte următoarele forme de căsătorie:

monogamia – căsătoria dintre un bărbat şi o femeie

poligamia – căsătoria dintre un bărbat şi mai multe femei (poliginie) şi căsătoria dintre o femeie şi mai mulţi bărbaţi (poliandrie).

Cea mai răspândită formă de căsătorie este monogamia.

Studiile de antropologie arată că poligamia este puternic corelată cu factori economici. Astfel există o **poligamie elitistă,** practicată de indivizi care au resurse pentru a întreţine mai mulţi parteneri, şi o **poligamie populară** care reprezintă o uniune între persoane în vederea maximizării beneficiului economic.

Tipurile de mariaj se explică prin interacţiunea complexă dintre factorii geografici, tehnologici, culturali, economici şi demografici.

Structura şi funcţiile familiei

Pentru caracterizarea structurii familiei pot fi folosite două criterii:

- *cantitativ* – componenţă numerică şi reţeaua de statusuri şi roluri familiale
- *calitativ* – diviziunea rolurilor în cadrul familiei şi modul de exercitare a autorităţii

Exercitarea rolurilor în cadrul familiei este rezultatul unui proces de învăţare socială; în mod obişnuit, o dată căsătoriţi, partenerii vor exercita în noua lor familie rolurile pe care le-au văzut exercitate de părinţi în familiile lor de origine. În exercitarea rolurilor intervin şi factori extra familiali, cel mai important fiind modelarea personalităţii şi comportamentelor indivizilor sub acţiunea unor factori comunitari.

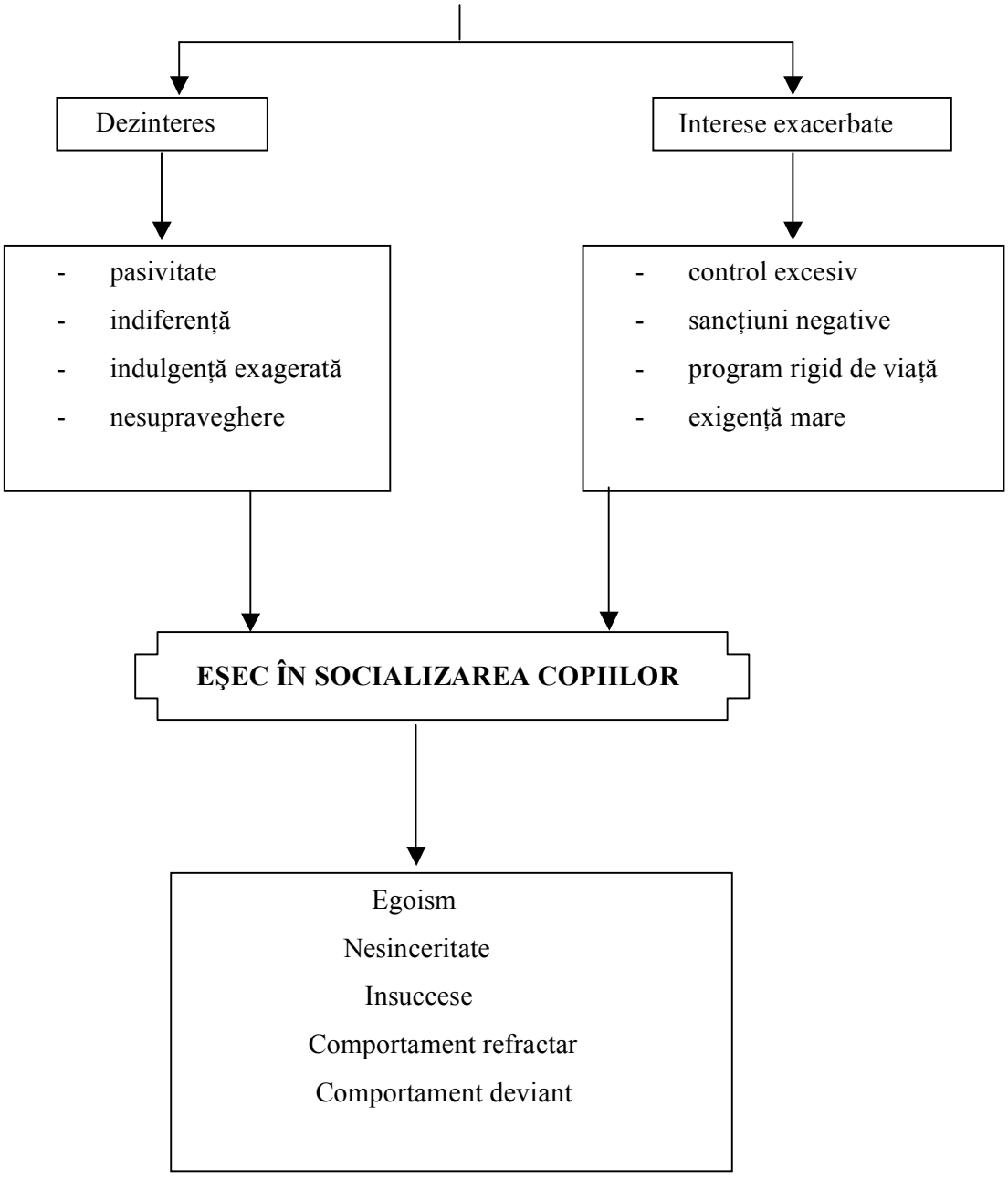
Există o foarte mare diversitate de forme pentru exercitarea rolurilor (ex. un tată poate fi înţelegător şi empatic altul poate fi foarte aspru). Cu toate acestea depăşirea anumitor marje de variaţie poate determina scăderea solidarităţii familiale sau chiar destrămarea familiei.

Din punct de vedere al modului de exercitare a autorităţii există:

- **familii cu structuri autoritare** – în care bărbatul este principalul deţinător de autoritate; această poziţie era legitimată legal în reglementările juridice mai vechi. Bărbatul decide asupra modului de organizare a gospodărie, asupra diviziunii rolurilor în cadrul familiei, asupra căsătoriei copiilor, asupra relaţiilor familiei cu exteriorul.
- **familii cu structuri egalitare** – exercitarea autorităţii este egală şi există o diminuare relativă a autorităţii părinţilor asupra copiilor.
- Deşi există mai multe clasificări ale funcţiilor familiei cea mai utilizată este a profesorului H. Stahl:
- **Funcţii interne** – prin care se asigură membrilor familiei afecţiune, protecţie.

• *Funcţii biologice şi sanitare* – satisfacţie sexuală, procreare, dezvoltarea biologică normală a membrilor familiei

- *Funcţii economice* – organizarea gospodăriei şi acumularea de resurse necesare funcționării menajului pe baza unui buget comun
- *Funcţii pedagogico-educative şi morale* – asigură socializarea copiilor
  - ♦ **Funcţii externe** – prin care se asigură relaționarea familiei cu exteriorul



Funcția biologică a familiei asigură individului o anumită securitate emoțională, un anumit confort; afectivitatea este principala caracteristică prin care familia se deosebeşte de alte grupuri sociale. Deşi societatea modernă este extrem de permisivă cu privire la raporturile sexuale premaritale şi extraconjugale, familia rămâne principalul loc de de satisfacere a necesităților sexuale.

Comportamentul procreativ este, alături de cel nupțial, expresia unui model cultural complex care se formează în timp şi suportă influența multiplilor factori. Acest tip de comportament poate fi influențat:

- la nivelul cuplului
  - vârsta soției
  - dorința de a avea copii
  - durata căsătoriei
  - starea de sănătate a cuplului
  - utilizarea de mijloace contraceptive
  - nivelul de instrucție al partenerilor
  - angajarea profesională
  - comunicarea între parteneri
- la nivelul societății - nivelul de dezvoltare economico-socială
  - politicile sociale în sfera familiei
  - legislația familiei

În societatea modernă datorită schimbării formelor de organizare şi asociere familială se constată:

- creşterea vârstei femeilor la prima căsătorie
- creşterea maternității nonlegitime
- creşterea cuplurilor homosexuale

Funcția economică rezidă, în principal, în realizarea unor venituri suficiente pentru satisfacerea nevoilor familiei; în mod normal familia trebuie să asigure cadrul material pentru satisfacerea corespunzătoare a nevoilor tuturor membrilor. Tradițional funcția economică are trei deimensiuni:

- **componenta productivă** – producerea în gospodărie a bunurilor şi serviciilor necesare
- **componenta care priveşte orientarea profesională a descendenților**
- **componenta financiară** – administrarea unui buget de venituri şi cheltuieli pentru acoperirea nevoilor familiei

Societatea contemporană acordă un rol mai mic componentei productive şi de profesionalizare a descendenţilor. În plus, acumularea de patrimoniu , folosit de membrii familiei şi transferat (parţial sau total) copiilor, reprezintă o componentă importantă a funcţiei economice.

Deşi există independenţa financiară a soţilor, administrarea unui buget comun rămâne o componentă de bază a majorităţii familiilor. Institutul de Cercetări pentru Calitatea Vieţii din România a adoptat trei praguri pentru analiza nivelului de trai:

- ♦ decent
- ♦ de tranziţie
- ♦ de subzistenţă

Subzistenţa reprezintă necesităţile primare ale organismului, cărora li se adaugă cele de statut social, autonomie şi autorealizare. Nivelul de subzistenţă se stabileşte într-un context economic şi social; spre exemplu pentru ţările în curs de dezvoltare există două praguri de sărăcie: 250$ şi 350$ pe locuitor pe an în timp ce pentru ţările dezvoltate funcţionează alţi parametri. Engel a formulat următoarea concluzie " Există o relaţie direct proporţională între nivelul de sărăcie al unei familii şi volumul cheltuielilor necesare asigurării subzistenţei fizice, incluzând în acestea hrana, îmbrăcămintea, locuinţa, igiena familiei". Comportamentul de consum este " raţional în mod natural; oamenii cumpără mai întâi ceea ce le satisface nevoile reale şi în ordine de prioritate" (E.Zamfir). Indicatorul cheltuielilor pentru hrană este de 16-17% din totalul veniturilor în Austria şi Danemarca, 45% în Cehia şi 60% în România.

Bugetul de familie reprezintă un barometru fidel al nivelului de trai relevând următoarele aspecte:

- ♦ relaţia dintre venituri, mărimea familiei şi posibilităţile de satisfacere a trebuinţelor specifice
- ♦ modul de obţinere a veniturilor şi formele acestora: salariu temporar/permanent, ajutor şomaj, pensie, bursă, alocaţii de stat
- ♦ numărul persoanelor aflate în incapacitate temporară/parţială de muncă
- ♦ structura cheltuielilor

Bugetul echilibrat se caracterizează prin surse sigure de venituri, suficiente în raport cu dimensiunea familiei, cheltuieli ponderate în raport cu nivelul de trai al familiei.
Bugetul dezechilibrat se caracterizează prin surse sporadice de venituri, venituri ocazionale, insuficiente, cheltuieli exagerate.

Structura cheltuielilor reflectă capacitatea de administrare a veniturilor dar şi elemente de psihologia cuplului.

Sociologul francez Chombart de Lauwe apreciază că echilibrul bugetar variază în funcţie de crizele economice, de vârsta membrilor familiei, de ritmurile de efectuare a cheltuielilor etc. Societatea contemporană a restructurat funcţia economică a familiei, păstrând latura ei de consum astfel că se poate constata:

- ♦ familiile sunt interesate să realizeze cât mai multe venituri

- tinerii vor să parcurgă un proces de instruire prin care să deprindă o profesie aducătoare de venituri mari
- gestionarea bugetului, structura cheltuielilor este diversificată în funcție de cerințele societății moderne.

Problematica economică a familiei include existența unei locuințe, dotarea şi funcționarea ei pentru grupul respectiv. Locuința asigură protecție fizică şi socială indivizilor, posibilitatea refacerii capacității de muncă. Problema spațiului de locuit trebuie analizată în contextul unei societăți date, raportate la nivelul de dezvoltare economico-socială. Există mai mulți indicatori :

- nr. locuințe la 1000 locuitori
- nr. persoane / cameră
- dotările cu apă curentă şi încălzire

În România 58,8% din locuințe dispun de apă curentă şi există o medie de 1,29 persoane /cameră.

Asigurarea resurselor necesare traiului influențează şi potențează celelalte funcții, contribuind la protecția şi siguranța membrilor.

Funcția pedagogico-educativă are drept scop socializarea care însoțeşte întreaga existență a omului, orientându-l spre comportamente socialmente acceptabile. Definită ca un "proces psihosocial de transmitere-asimilare a atitudinilor, valorilor, concepțiilor sau modelelor de comportare specifice unui grup sau unei comunități în vederea formării, adaptării şi integrării sociale a unei persoane" socializarea îşi are bazele în sânul familiei.

Utilitatea procesului de socializare rezidă din următoarele:

- socializarea formează educația, stăpânirea instinctelor şi nevoilor, satisfacerea lor într-un mod prevăzut de societatea respectivă;
- socializarea insuflă aspirații şi năzuințe în vederea obținerii unor lucruri sau calități, a unui prestigiu;
- socializarea permite transmiterea unor cunoştințe şi posibilitatea satisfacerii unor roluri;
- socializarea asigură o calificare profesională.

În orice societate familia este prima instanță de socializare atât ca etapă a acestui proces cât şi ca amprentă fundamenntală asupra personalității individului. În cadrul familiei copilul îşi însuşeşte normele şi valorile sociale, devenind apt să relaționeze cu ceilalți membri ai societății. În cadrul familiei socializarea are mai multe componente:

- **normativă** – prin care se transmit copilului principalele norme şi reguli sociale
- **cognitivă** – copilul dobândeşte deprinderi şi cunoştințe necesare acțiunii ca adult
- ***creativă*** – se formează capacitățile de gândire creatoare, de a da răspunsuri adecvate în situații noi
- **psihologică** – se dezvoltă afectivitatea necesară relaționării cu părinții, cu viitorul partener, cu proprii copii şi cu alte persoane

În familie se realizează socializarea de bază sau primară. Copilul învaţă că indivizii au interese, dorinţe şi obiceiuri de care celălalt trebuie să ţină seama, învaţă că trebuie să împartă resurse limitate (locuinţă, hrană, obiecte), învaţă cum aşteaptă societatea ca el să se poarte, învaţă cum să acţioneze pentru a-şi satisface un scop.

În societatea modernă funcţia socializatoare a familiei a început să fie preluată de alte instituţii sociale – şcoală, mijloace de comunicare în masă. Cu toate acestea familia continuă să rămână principala instituţie de socializare, mai ales că acest proces se realizează într-un climat de afectivitate care facilitează transmiterea şi însuşirea valorilor şi normelor sociale.

Se apreciază că orice copil are nevoie de o familie dar nu orice fel de familie. Familia cu deficienţe educaţionale va constitui un cadru neadecvat formării tânărului. Eşecurile socializării în familie au consecinţe negative la nivelul societăţii. Pot exista situaţii în care socializarea în familie se realizează în discordanţă cu normele şi valorile sociale generale. Acest tip de socializare poartă numele de **socializare negativă** iar copiii socializaţi în acest mod vor fi neintegraţi şi în conflict permanent cu societatea.

Există trei tipuri de familii:

- **familii înalt educogene** – sprijină educarea tinerilor, le asigură condiţii pentru realizarea unei pregătiri profesionale şi culturale adecvate, pentru petrecerea timpului liber în mod util şi plăcut, realizând legătura cu şcoala pentru a asigura controlul activităţilor din această sferă;
- **familii educogene satisfăcătoare** – asigură copiilor condiţii de educaţie familială, se preocupă de reuşita lor profesională fără a organiza şi controla sistematic activităţile acestora;
- **familiii nesatisfăcătoare educogen** – climat psihic necorespunzător, relaţii reci sau de indiferenţă, slab control parental, insuccese profesionale ale copiilor.

O serie de teorii psihologice afirmă că socializarea este un proces de maturizare progresivă a normelor şi valorilor, modurilor de a interacţiona cu ceilalţi. În acest proces de maturizare progresivă, comportamentul şi atitudinea părinţilor, complementare cu ale altor persoane din mediul apropiat reprezintă experienţe de socializare decisive pentru evoluţia ulterioară a personalităţii copilului.În mod ideal familia ar trebui să îndeplinească toate funcţiile. În realitate aceste funcţii sunt îndeplinite diferit; există familii bogate financiar cu mari carenţe funcţionale. Disfuncţiile din cadrul familiei se reflectă asupra soţilor, asupra copiilor, asupra relaţiilor familiei cu exteriorul.

Disoluția familiei

Disfuncțiile din cadrul familiei devin evidente în condițiile separării partenerilor. Rata divorțialității a crescut după cel de-al doilea război mondial. *Cauzele generale* (macrosociale) ale creşterii acestei rate sunt:

- Emanciparea economică a femeii
- Distanța mare dintre locuință şi locul de muncă
- Liberalizarea vieții sociale
- Modificarea mentalității despre divorț

Factorii specifici care operează în stabilitatea conjugală pot fi grupați astfel:

Variabile premaritale:

- **Şcolarizarea** sensibil egală este un factor de scădere a probabilității disoluției maritale
- **Statutul social al părinților şi mediul de proveniență** – distanța mare dintre mediile sociale produce instabilitate maritală
- **Vârsta la căsătorie** – cu cît vârsta la căsătorie este mai mică cu atât probabilitatea de divorț este mai mare
- **Etnia** – mariajele interetnice sunt mai puțin stabile

Variabile de investiție

- **Capital domestic** (locuință, bunuri) – partenerii cu riscul de despărțire nu investesc mult în căsnicie
- **Copiii** – favorizează stabilitatea cuplului
- **Investiții psihologice** – cu cât ataşamentul față de membrii familiei este mai mare cu atât scade probabilitatea despărțirii

Variabile psiho-sociale

- **Atitudinea față de divorț** - este puternic corelată cu religia şi socializarea
- **Compatibilitatea trăsăturilor de personalitate şi axiologice**
- **Rolurile şi aşteptările de rol din grupul familial**

Divorțul este sfârşitul unui drum parcurs de cei doi parteneri, disoluția căsătoriei parcurgând mai multe etape:

- **Stările conflictuale şi eroziunea** sunt favorizate de conflicte valorice, lipsa de comunicare, alcoolism, infidelitate, agresivitate verbală şi/sau fizică.
- **Încetarea relațiilor sexuale** – consecința firească a stărilor conflictuale
- **Disoluția legală** – este forma definitivă a rupturii relației conjugale.

Consecințele divorțului sunt de două tipuri:

- **Pozitive** – se sfârşeşte o situaţie stresantă, există posibilitatea formării unui nou cuplu
- **Negative** – care se reflectă atât asupra partenerilor cât şi asupra copiilor şi părinţilor celor care divorţează. În absenţa unui părinte securitatea afectivă a copilului este grav afectată, putându-se constata irascibilitate, scăderea performanţelor şcolare. Divorţul parental provoacă o slăbire a relaţiilor dintre părintele plecat şi urmaş. Realitatea atestă că există situaţii extrem de diverse:
  - Copii care resping părintele considerat vinovat de divorţ
  - Copii care regretă şi resimt ruptura familiei
  - Copii fericiţi de soluţia adoptată şi o apreciază ca salvatoare de la o situaţie tensionată, violentă.

Divorţul antrenează modificări la nivelul tuturor funcţiilor familiale. Funcţiile economice, de socializare cunosc o restructurare de cele mai multe ori negativă.

În afară de divorţ un alt eveniment care conduce la disoluţia familiei este decesul unuia dintre parteneri. Acest motiv este însă extrem de puţin menţionat în literatura de specialitate. La o analiză atentă consecinţele sunt similare cu cele rezultate din divorţ cu menţiunea că trauma psihică poate fi mai mare pentru supravieţuitor. De asemenea nu putem vorbi în acest caz de consecinţe pozitive.

Ca o concluzie la subcapitolul 1.4 putem menţiona ceea ce scrie în Codul Familiei referitor la desfacerea căsătoriei (ceea ce nu este însă identic cu disoluţia familiei!):

"Cauzele desfacerii căsătoriei pot fi:

a. moartea unuia din soţi
b. declararea judecătorească a morţii unuia din soţi
c. desfacerea căsătoriei prin recăsătorirea soţului celui ce fusese declarat mort
d. divorţul".

Modele familiale alternative

În societatea modernă factorii sociali, economici şi culturali au determinat schimbări în comportamentul nupţial şi sexual determinând apariţia unor noi tipuri de familie sau extinderea unor tipuri care anterior erau marginalizate. Procentul de familii nucleare este în scădere, existând unele ţări în care mai mult de jumătate din populaţia adultă traieşte în alte forme decât familia nucleară.

În acest context putem întâlni:

- Menaje formate dintr-o singură persoană care a optat pentru celibat definitiv
- Menaje familiale formate din două persoane care conviețuiesc împreună
- Menaje nefamiliale formate din persoane între care nu se stabilesc relaţii sexuale
- Menaje formate dintr-un singur părinte şi unul sau mai mulţi copii
- Familii nucleare propriu-zise
- Familii formate din mai multe generaţii

Menajele/ familiile prezentate mai sus au avut, în ultimii ani, o dinamică diferită, deținând o pondere diferită de la o societate la alta. Ponderea familiei nucleare a scăzut îm toate țările Europei, crescând ponderea familiei consensuale, a familiei monoparentale şi a menajelor nefamilale.

Se consideră că există cinci mari modele familiale alternative:

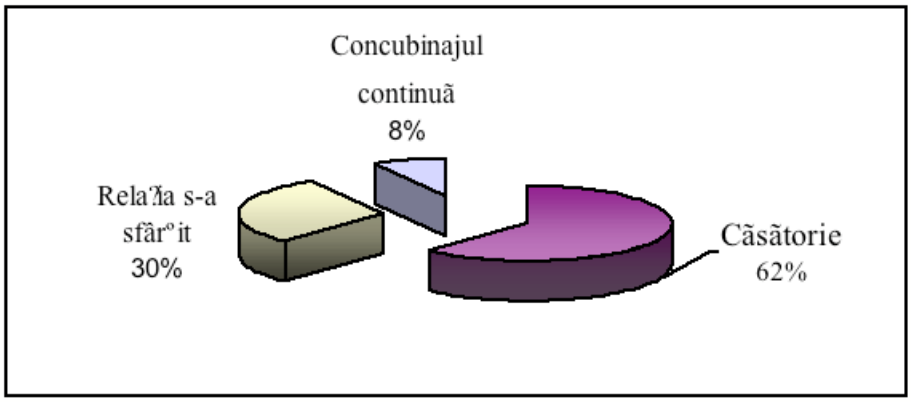
- Concubinajul
- Celibatul
- Familiile monoparentale
- Familii homosexuale
- Comunitatea

Concubinajul este acea situație în care un cuplu care are o relație sexuală locuieşte împreună fără să fie căsătorit – a devenit cea mai răspândită formă de model familial alternativ.

Datele recensămintelor şi unele cercetări demografice au arătat că fenomenul coabitării a luat proporții mari în țările nordice şi este în creştere în restul Europei. Pentru un număr mare de cupluri familia consensuală este o etapă tranzitorie în comportamentul nupțial.

Universitatea din Essex a întreprins un studiu care arată ce se întâmplă cu relațiile de concubinaj după 10 ani; rezultatul acestui studiu confirmă teoria că cei mai mulți concep concubinajul ca o căsătorie "de probă".

Fig. – Evoluția relațiilor de concubinaj după 10 ani



Celibatul

Creşterea numărului de persoane care aleg să trăiască singure se datorează:

- tendinței de a se căsători mai târziu - în prezent oamenii se căsătoresc cu aproximativ trei ani mai târziu decât în anii `60
- creşterii ratei divorțurilor
- creşterii speranței de viață – există un număr mare de persoane vârstice al căror partener de viață a decedat.

În 1980 Peter Stein a intervievat celibatari între 25 şi 45 ani; concluziile au fost următoarele:

- celibatul este folositor carierei profesionale deoarece permite persoanei să se concentreze asupra muncii
- celibatul face posibil un număr mai mare de experienţe sexuale, permiţând o totală libertate şi autonomie
- celibatarii sufereau de izolare şi singurătate, în condiţiile în care majoritatea persoanelor de aceeaşi vârstă erau căsătoriţi

În total, cei mai mulţi găseau că argumentele în favoarea căsătoriei erau mai mari decât motivele pentru a rămâne singuri.

Pe plan demografic celibatul are consecinţe negative:

- scăderea nupţialităţii
- scăderea natalităţii
- dezechilibre demografice

Familiile monoparentale

Familiile monoparentale prezintă particularităţi cu referire, în special, la perturbările de rol, la restructurarea, diminuarea sau potenţarea unora din funcţii. Aceste particularităţi pot fi:

- În plan material – insuficienţa veniturilor, capacitate scăzută de acoperire a unor tipuri de nevoi, orientare unidirecţională a consumului
- În plan biologic – există probleme legate de sexualitate şi de restângerea descendenţei
- În plan afectiv – lipsa partenerului şi a dragostei conjugale, lipsa timpului pentru comunicarea propriu-zisă cu copiii.

Familiile homosexuale

Mulţi bărbaţi şi femei homosexuali trăiesc în prezent în relaţii stabile; unii chiar s-au căsătorit formal deşi aceste ceremonii nu au relevanţă în faţa legii. Toleranţa faţă de homosexualitate a fost însoţită de o tendinţă crescândă a tribunalelor de a acorda custodia copiilor unor mame care trăiau în relaţii homosexuale. În plus, tehnicile de inseminare artificială acordă şansa femeilor de a putea avea copii fără relaţii heterosexuale.

Comunitatea

Criticile aduse la adresa familiei au determinat, în secolul al XIX-lea, apariţia ideii că familia poate fi înlocuită cu forme comunitare de convieţuire.

Cel mai important exemplu contemporan de viaţă comunitară este *kibbutz* - ul, care reprezintă o comunitate de familii şi de indivizi care cooperează în vederea creşterii copiilor. În Israel există peste 250 kibbutz-uri care cuprind aproximativ 100000 membri. Fiecare kibbutz se comportă ca şi cum ar fi o singură familie, îngrijirea copiilor fiind considerată responsabilitatea întregii comunităţi. În unele dintre ele copiii

trăiesc în "case ale copiilor", construite special. Inițial intenția a fost de a se desprinde de natura individualistă, competitivă a societății moderne. De-a lungul anilor majoritatea kibbutz-urilor au optat pentru aranjamente de viață mai convenționale astfel că, astăzi, casele copiilor pot fi considerate mai mult locuri în care sunt asigurate servicii de supraveghere a copiilor decât locuri care exprimă responsabilitatea comunală pentru creşterea lor.

Creşterea numărului de persoane care optează pentru modele familiale alternative se datorează fenomenelor şi proceselor sociale obiective care au antrenat modificări la nivelul structurii şi funcției familiei:

- Angajarea femeii în activități extrafamiliale
- Procesul de mobilitate teritorială
- Urbanizarea şi modernizarea
- Creşterea independenței economice a tinerilor
- Creşterea gradului de şcolarizare a populației
- Creşterea permisivității sociale la noile forme de comportament
- Efecte de contagiune, de împrumut a unor modele comportamentale de la un grup la altul şi chiar de la o societate la alta.

Familia şi societatea

Se pare că la **originea familiei** au stat următorii factori:

- Biologici
- Reglementarea relațiilor sexuale
- Identificarea bărbatului ca responsabil pentru protecția femeii şi a copiilor şi pentru plasamentul acestora în societate. ("Principiul legitimității"- B.Malinowski)
- Crearea de alianțe prin căsătorii cu membri din afara tribului ("Teoria cooperării şi a schimbului" – Levi-Strauss)

O dată apărută, familia s-a transformat în sensul schimbării ponderii diverselor tipuri structurale, a modificării importanței şi conținutului funcțiilor.

	SOCIETĂȚI TRADIȚIONALE	SOCIETĂȚI MODERNE
NR. DE PARTENERI CONJUGALI CONCOMITENȚI	➢ Monogamie ➢ Poligamie	Monogamie
ALEGEREA PARTENERULUI	Alegerea este făcută de părinți pentru a întări puterea familiei	Alegere relativ liberă făcută de parteneri
REZIDENȚĂ	➢ Patrilocală ➢ Matrilocală ➢ Ambilocală	Nelocală
RELAȚII DE PUTERE	Relații patriarhale, rareori matriarhale	Putere relativ asemănătoare a femeilor şi bărbaților
RELAȚIA PĂRINȚI-COPII	Autoritate şi dominanță părintească	Toleranță mare, egalitate relativă părinți-copii
FUNCȚIILE FAMILIEI	Concentrare pe protecția grupului de rudenie ca întreg	➢ Mediu de siguranță pentru copii ➢ Suport moral pentru membrii familiei conjugale
STRUCTURA	Extinsă	➢ Nucleară ➢ Modele familiale alternative

Tabelul - Familia în societățile moderne şi în cele tradiționale

Schimbările în comportamentul nupțial nu privesc doar pe cei implicați în relațiile familiale; ele prezintă interes pentru societate în ansamblul ei. Pe măsura dezvoltării economice şi sociale rețeaua de relații familie-societate a devenit mai densă şi mai complexă. Integrată tot mai mult în societatea globală, familia este tot mai mult condiționată de schibările economice şi sociale şi, la rândul ei, influențează tot mai mult dinamismul social. W. Goode afirmă că raportul industrializare-tipuri de familie trebuie considerat în termen de **condiționări reciproce;** dacă revoluția industrială din Europa a modificat hotărâtor familia şi o anumită formă de familie existentă în Europa preindustrială a facilitat industrialismul şi creşterea eficienței economice.

Cele mai importante dimensiuni ale relației familie-societate sunt următoarele:

- Statul exercită asupra familiei şi prin familie un **control social** prin: legislația familiei, stategii de muncă şi salarizare, politici de asistență socială şi protecție a copiilor, de combatere a violenței în familie.
- Existența unui **disens axiologic între generații** dar există şi continuitate; tineri manifestă abateri mari în comportamentul cotidian personal dar se raliază la valorile şi normele sociale dezirabile în probleme majore (proiecte personale, necesitatea organizării sociale)

- **Relațiile părinți-copii** sunt sub semnul socialului; aceste relații sunt dependente de clasa socială, mediul urban/rural, gradul de dezvoltare economică a țării.
- Sistemul parental susține membrii săi pentru **promovarea socială** pe diferite planuri: şcolar, profesional, marital, habitual.

Schimbările în comportamentele nupțiale şi în modelele familiale au consecințe importante asupra posibilităților de realizare a funcțiilor familiale. De cele mai multe ori consecințele pozitive se combină cu cele negative, şi nu întotdeauna ceea ce este perceput pozitiv pentru individ este pozitiv şi pentru societate.Se poate spune că în societățile dezvoltate familia produce mai mult venit național dar produce mai puțini copii. Deşi pe termen scurt societatea devine mai bogată, pe temen lung prin scăderea fertilității poate afecta posibilitatea dezvoltării economice şi sociale.

Indiferent de complexitatea şi profunzimea shimbărilor care au loc, în toate societățile se manifestă o atitudine favorabilă vieții de familie şi se practică comportamente dezirabile din punct de vedere social.

Demografia familiei

În cadrul demografiei s–a creat un domeniu specializat "demografia familiei" definită de N.B Ryder drept "studiul factorilor care determină numărul, mărimea şi compoziția familiei". Unul din conceptele specifice acestuia, care s–a dezvoltat în ultimele 4–5 decenii este "ciclul de viață al familiei" sau "ciclul familial" care creează posibilități mari de studiere a familiei.

Între momentul formării familiei prin căsătorie şi cel al dizolvării ei prin decesul unuia dintre soți, aceasta parcurge o serie de etape ce produc schimbări în structura, interrelațiile şi comportamentul familial. Etapele sunt delimitate de o serie de evenimente demografice: căsătoria, naşterea copiilor, căsătoria copiilor, părăsirea casei părinteşti de către copii, decesul unuia dintre soți. Prin extensie, în studiul vieții familiei mai pot fi utilizate şi alte elemente în afara celor demografice: intrarea în şcoală, intrarea în viața economică activă, ieşirea la pensie, etc. Se obține astfel o istorie complexă a familiei ale cărei informații permit diverse analize.

Etapele de dezvoltare în cursul ciclului familial sunt multiple şi nu toate familiile trec prin toate schimbările, dar majoritatea familiilor trec prin următoarele etape produse de Duvall:

- debutul familiei – familia începătoare – cuplul fără copii;
- naşterea copiilor – cel mai în vârstă copil < 30 luni;
- familia cu copii de vârstă preşcolară – 30 luni÷6 ani;
- familia cu copii de vârstă şcolară – cel mai în vârstă copil 6÷13 ani;
- familia cu copii adolescenți – între 13÷20 ani;
- perioada de migrare – cuprinsă între momentul când primul şi ultimul copil părăsesc casa părintească;
- familia "cuib gol" – anii medii până la pensionare;
- perioada de bătrânețe – de la pensionare până la moartea soților.

Se observă că elementul de bază al clasificării lui Duvall este copilul (apariția, vârsta, şcolarizarea sa).

Clasificarea etapelor ciclului familial propusă de Glick şi Parke are un caracter demografic:

- ♦ formarea familiei – prima căsătorie;
- ♦ debutul procreației – naşterea primului copil;
- ♦ sfârşitul procreației – naşterea ultimului copil;
- ♦ "cuib gol" – căsătoria ultimului copil;
- ♦ dizolvarea familiei – moartea unuia dintre soți.

O.M.S. recomandă următorul model al ciclului familial, care în mare parte reia modelul propus de Glick şi Parke:

Faza ciclului familial		Evenimentul de început	Evenimentul de sfârşit
1	Formarea	Căsătoria	Naşterea primului copil
2	Extensia	Naşterea primului copil	Naşterea ultimului copil
3	Extensia completă	Naşterea ultimului copil	Primul copil părăseşte casa
4	Contracția	Primul copil părăseşte casa	Ultimul copil părăseşte casa
5	Contracția completă	Ultimul copil părăseşte casa	Moartea unuia dintre soți
6	Dizolvarea	Moartea unuia dintre soți	Moartea partenerului supraviețuitor

Conceptul clasic de ciclu de viață al familiei prezintă o serie de limite care au fost sistematizate de către Kono în 1977 în Mexic. Dintre acestea prezentăm câteva:

- ♦Conceptul de ciclu de viață al familiei se aplică numai familiilor nucleare (familii alcătuite din soț, soție cu sau fără copii) şi exclude celelalte tipuri de familie (lărgite pe verticală şi/sau orizontală).
- ♦Modelul clasic propune încheierea ciclului complet în momentul morții unuia dintre soți şi nu ia în considerare familia care se dizolvă prin divorț sau cea la care unul dintre soți moare înainte ca ultimul copil să se căsătorească.
- ♦Acest model presupune în mod obligatoriu naşterea cel puțin a unui copil în familie. Luarea în studiu a familiilor nucleare, fără copii influențează în mod negativ rezultatele obținute la evenimentele ciclului de viață al familiei cu excepția vârstei de căsătorie.

Cu toate limitele rezultate, studiile care se referă la ciclul de viață al familiei sunt tot mai frecvente, ele aducând noi elemente în cunoaşterea comportamentului demografic al indivizilor, în cunoaşterea dinamicii familiei.

Evenimentele care delimitează etapele ciclului de viață al familiei pot constitui momente de criză pentru ea, momente ce necesită efort pentru depăşirea lor.

Fiecare etapă a ciclului familial are propriile ei caracteristici descrierea lor fiind adaptată după P. Tennyson Williams.

Stadiul 1: Familia începătoare

Este stadiul de debut al conviețuirii, în care are loc confruntarea între aspirațiile celor doi parteneri, ca şi între modelele de distribuire a rolurilor transmise în familiile de origine ale fiecăruia.

Fiecare din cei doi tineri aduc cu ei o mare moştenire de preferințe, obiceiuri, speranțe, toate conştientizate sau nu, legate însă de familiile de origine. Cuplul poate reuşi sau nu să lege cele două filosofii moştenite de la familiile de origine.

Procesul de comunicare apărut din faza în care cei doi parteneri s–au cunoscut, se intensifică în primul an de căsnicie, când viața şi structura familială nou creată le pune noi probleme şi îi obligă să ia decizii.

Cuplul de tineri căsătoriți trebuie să ia o serie de decizii în comun acord despre:

- cariera profesională a fiecăruia;
- educarea copiilor;
- responsabilități casnice;
- relații sexuale.

Există familii moderne în care deciziile se iau de comun acord, relațiile între soți fiind egale, dar există şi familii tradiționale 1n care soțul domină.

S–a constatat, de pildă că în modelul inegalitar, în care autoritatea revine în exclusivitate sau cu preponderență bărbatului, iar sarcinile de execuție a treburilor casnice în exclusivitate femeilor, este în general mai puternic decât normele morale ale societății moderne care reclamă redistribuirea rolurilor în sensul egalității partenerilor. Indiferent de felul căsniciei, dacă cei doi tineri sunt în consens, căsnicia este trainică, iar dacă ideile sunt diferite apar conflicte.

În acelaşi timp, în acest stadiu se ivesc probleme legate de potrivirea sexuală a partenerilor, dorința de a avea copii, precum şi de stabilirea taliei familiei. Factorii reuşitei unei căsătorii sunt considerați a fi:

- capacitatea de a exprima şi primi expresia afecțiunii;
- compatibilitatea temperamentală;
- adaptabilitatea socială a membrilor.

Pe de altă parte, riscul de disoluție, considerabil în acest stadiu, apare determinat de factori cum ar fi:

- pierderea unui membru al familiei;
- apariția unui membru al familiei deficient sau "stigmatizat";
- depăşirea resurselor familiei de către numărul membrilor;
- presiuni externe excesive asupra grupului familial;
- deficiențe în modelul relațiilor şi comunicării între membrii;
- capacitate scăzută de adaptare;
- crize de "creştere" ce depăşesc capacitatea de adaptare.

Comunicarea între parteneri trebuie să fie permanentă, iar flexibilitatea opiniilor în caz de schimbări este absolut necesară. Prin căsătorie apar schimbări majore în structura şi funcțiile familiei, cu impact important asupra celor trei sisteme familiale, a familiei nou formate şi a celor două familii de origine. Aceste schimbări sunt:

- despărțirea de familiile de origine printr–un proces complex de autodiferențiere;
- schimbări de relații, ce pun în plan principal independența şi egalitatea cu familiile de origine;
- dezvoltarea noului sistem şi satisfacerea nevoilor familiale prin forțe proprii.

Stadiul 2: Familia "gestantă"

Este stadiul în care familia îşi asigură descendenţa. Pe lângă problemele legate de sănătatea mamei şi a copilului, apar acum probleme legate de modificarea structurii familiei (trecerea de la diadă la triadă), precum şi de acomodarea soţilor cu rolul de părinţi (literatura de specialitate vorbeşte chiar de un sindrom al "soţului gelos" suferit de bărbatul care se simte frustrat de afecţiunea pe care mama o împarte acum între el şi copil).

Talia familiei ca şi intervalele dintre naşteri reprezintă ţinta programelor de educaţie privind planificarea familiei. În literatura demografică se vorbeşte despre două modele de planning familial caracteristice societăţii industrializate–urbanizate:

- modelul "american" în care copiii sunt născuţi la intervale scurte unul de altul şi cresc practic în acelaşi timp;
- modelul "francez" cu intervale mari între naşteri în care copiii mari ajută la creştere celor mici.

Adoptarea unuia sau altuia dintre modele de către familie este un subiect asupra căruia sfatul medicului de familie poate avea o pondere decisivă.

Sarcina şi naşterea primului copil sunt evenimente pozitive în viaţa familiei şi pot constitui pentru medicul de familie un prilej de a stabili o relaţie bună medic – pacient – familie. El poate cunoaşte familia înaintea evenimentului sau adesea cu această ocazie, medicul preia sarcinile de îngrijire medicală. Considerăm că este un moment potrivit de a cunoaşte familia şi capacitatea ei de a face faţă schimbărilor şi stresului provocat de aceste schimbări.

Familia poate fi pregătită psihologic pe perioada sarcinii şi, deşi este un eveniment aşteptat, procesul de adaptare la noua structură familială, schimbarea de roluri din soţi în părinţi pune la încercare coeziunea familiei.

Perioada premergătoare naşterii primului copil poate fi folosită de medicul de familie pentru a explica dificultăţile şi schimbările ce vor surveni în viaţa celor doi soţi.

Echilibrul familiei este ameninţat, deoarece apariţia primului copil în familie necesită rezolvarea multor probleme:

- asigurarea unui spaţiu adecvat pentru noul membru al familiei;
- asigurarea de resurse pentru cheltuieli previzibile sau imprevizibile;
- împărţirea responsabilităţilor în cadrul familiei nucleare, precum şi în familia lărgită;
- păstrarea de relaţii sexuale satisfăcătoare bilateral şi planificarea eventualilor noi copii;
- crearea şi menţinerea unui sistem de comunicare eficient în cadrul familiei;
- cultivarea relaţiilor cu ceilalţi membri ai familiei;
- adaptarea filozofiei proprii la cerinţele rezultate din acceptarea unui nou membru al familiei.

Stadiul 3: Familia cu copii preşcolari

În acest stadiu preocuparea centrală a familiei o reprezintă creşterea şi dezvoltarea copiilor. Odată cu creşterea în vârstă a copiilor, accentul se deplasează de la protecţia fizică la asigurarea unei dezvoltări psihice echilibrate. Problema principală este deci una educaţională şi ţine de capacitatea părinţilor de a accepta compromisuri, acordând copiilor autonomia necesară unei dezvoltări normale.

Metodele educaţionale folosite sunt de mare importanţă în acest stadiu. S–a observat în acest sens că maltratarea copiilor survine cel mai adesea în cazurile în care unul din părinţi a suferit în propria copilărie o deprimare afectivă, ceea ce readuce în atenţie influenţa pe care familia de origine o are asupra comportamentului din familia construită.

În această etapă de dezvoltare, copilul preşcolar nu–şi poate organiza singur activitatea, aşteaptă îndrumarea permanentă a părinţilor, educatoarei sau sugestii de la persoane adulte. Întrebaţi despre ei, nu au opinii decât cele pe care alţii le fac la adresa lor, ei reproduc adesea aprecierile celor din jur.

Spre sfârşitul perioadei de preşcolaritate, copilul trebuie pregătit pentru următoarea etapă atât prin examinări medicale care să–i testeze capacitatea de concentrare, acuitatea vizuală şi auditivă, cât şi printr–o modificare a atitudinii părinţilor în sensul sporirii responsabilităţilor acordate copiilor.

Stadiul 4: Familia cu copii şcolari

Copilul începe şcoala de obicei la vârsta de 7 ani, vârsta la care el devine din ocrotit al familiei, un membru cu activitate proprie şi responsabil în luarea unor decizii. Organismul său se dezvoltă în plan fizic şi mental, încât el, copilul, poate avea un comportament intenţionat şi poate participa la programe de instruire prin capacitatea de acumulare de noi cunoştinţe, prin capacitatea de înţelegere şi câştigarea unor abilităţi practice. Gândirea devine dominantă, iar funcţiile de memorie, atenţie şi abstractizare se dezvoltă, cuvântul vorbit sau scris având un rol important.

Etapa anilor de şcoală la copil produce unele schimbări, cu răsunet deosebit în dezvoltarea sa, se schimbă mediul social în care copilul îşi desfăşoară activitatea sa de instruire.

Procesul principal care are loc în acest stadiu, deşi procesul începe încă din stadiul anterior odată cu frecventarea grădiniţei, este ieşirea copilului din mediul familial şi creşterea independenţei sale. Experienţa noului mediu, întâlnirea cu profesorii şi colegii are rezonanţe adânci asupra formării personalităţii copilului şi trebuie ghidate atent de părinţi, evitându–se conflictele.

În această perioadă copilul învaţă să interpreteze evenimentele din afara familiei prin modul de gândire al familiei, dar şi prin interpretarea învăţătorului sau a celor de o vârstă cu el.

În ciclul vieţii de familie apare un stres, deoarece în această etapă creşte implicarea copilului în procesul de cunoaştere câştigă experienţă şi cunoştinţe în afara familiei, relaţiile se schimbă, el este tentat adesea de a lua decizii singur sau în înţelegere cu grupul de colegi. Cu cât copilul câştigă mai multă educaţie, mai multe cunoştinţe, mai multă experienţă în afara familiei, relaţiile din interiorul familiei se schimbă.

Conținutul noțiunilor copilului încep să se suprapună cu cele ale adultului, copii învață să devină ființe umane adulte. Şi dacă în familie el era ocrotit, cel mai bun, cel mai cuminte, în şcoală se dezvoltă simțul competiției, al primelor ierarhizări de valori.

Performanțele şcolare sunt problema cea mai importantă a acestei din viața copilului şi trebuie urmărite cu atenție de către părinți, împreună cu respectarea unui regim sănătos de activitate care să evite atât subsolicitarea cât şi suprasolicitarea.

Schimbările produse în această etapă pot crea în familie elemente conflictuale şi rolul medicului de familie este de a aplana o asemenea situație, printr–o bună comunicare medic – familie şi implicare discretă în problemele de disciplină. Disciplina constituie o problemă deosebită pentru şcolarul din clasele elementare. Cu cât adulții au mai puțin loc în viața lor pentru copilul şcolar, cu atât procesul de disciplină suferă. Şi la acest proces participă slaba comunicare cu familia extinsă, posibilitățile de control ale părinților pe perioade în care şcolarul este nesupravegheat. Este important ca la această vârstă să se stabilească un proces disciplinar sănătos.

O data cu participarea la prima zi de şcoală, copilul este implicat şi într–un program de integrare socială, începe să învețe legile societății în care îşi desfăşoară activitatea.

Familial pot să existe lacune în procesul de disciplinare facilitate de:

- lipsa de control sau de fermitate a părinților;
- existența unor familii disfuncționale;
- condiții socio–economice precare;
- lipsa unui părinte şi lipsa de timp a celui rămas;
- creşterea pe perioada şcolară în locuința bunicilor;
- anturajul prietenilor;
- atitudinea îngăduitoare a învățătorului.

Se poate aprecia că dezvoltarea copilului şcolar este rezultatul acțiunii conjugate a mediului familial, comunitar, social şi că rolul cel mai important revine familiei, în special părinților.

Etapa copilului de şcoală durează în medie 7 ani. În această etapă există şi posibilitatea de extindere maximă a familiei, prin naşterea numărului de copii planificați. Extensia maximă a familiei şi dezvoltarea optimă a copiilor de vârsta şcolară implică stabilirea unor interrelații familiale bune.

Țelurile de dezvoltare a familiei în această etapă sunt identificate după Duvall:

- a avea grijă de activitatea copiilor, dar şi de intimitatea părinților;
- menținerea solvabilității financiare;
- stimularea unei bune integrări sociale a membrilor familiei;
- creşterea gradului de comunicare cu familia;
- stabilirea unor bune relații de comunicare în afara familiei;
- menținerea sănătății familiei.

Stadiul 5: Familia cu adolescenți

Adolescența şi tinerețea reprezintă trecerea de la copilărie la perioada de adult tânăr şi este împărțită în trei perioade:

- perioada pubertală sau adolescența timpurie: 12 – 14 ani;
- perioada postpubertală sau adolescența medie: 15 – 17 ani;
- perioada de tinerețe sau adolescența târzie: 18 – 22 de ani.

Problemele familiei cu adolescenți nu sunt puține şi ele țin:

- în plan biologic: de creşterea rapidă şi maturizarea sexuală;
- în plan psihic: de instabilitatea emotivă, hipersensibilitate şi chiar agresivitate, evoluție spre intelectualizare;
- în plan social: de respectarea normelor morale şi etice în familie şi societate.

Cu fiecare perioadă a adolescenței, tânărul încearcă să–şi rezolve o identitate proprie. În perioada pubertală şi a adolescenței medii valoarea de model a părinților, rudelor sau profesorilor din perioada de şcolar mic este schimbată cu modelul de comportament al grupului de vârstă. Aici există pericolul ca adolescentul să–şi dezvolte o identitate negativă, de subordonare totală la comportamentul de grup, iar familia şi profesorii să nu reuşească să–l îndepărteze de asemenea modele.

Familia trece în perioadele adolescenței printr–o etapă de mari stresuri. Nesupunerea față de educația din familie şi şcoală, față de normele de morală şi etică ale societății îşi pot avea corespondentul în supunerea totală față de grupuri de aceeaşi vârstă. Adolescentul descoperă toate componentele negative ale părinților şi educatorilor şi nu mai acceptă ideea de a fi educat, îndepărtându–se tot mai mult de sfaturile acestora, dacă ele nu sunt conforme acțiunii de grup. În procesul de identificare proprie, adolescentul doreşte să–şi verifice valorile şi idealurile în afara atmosferei de protecție familială, ca membru al generației sale.

O familie slab organizată, cu tulburări de comunicare, cu relații ineficiente între membrii familiei poate deveni disfuncțională, haotică.

În acest stadiu continuă procesul început în stadiul anterior. Adolescentul reclamă din ce în ce mai multă libertate odată cu sporirea influenței congenerilor, părinții trebuind să împace necesitatea de a i–o acorda cu aceea de a limita excesele.

Mecanismul cel mai adecvat este ponderarea privilegiilor prin responsabilități adecvate, căci lipsa autonomiei sau insuficiența autonomiei are, la această vârstă, un efect inhibitor asupra dezvoltării personalității viitorului adult, putând conduce de asemenea la instalarea unui puternic resentiment față de părinți sau chiar, în unele cazuri, la revoltă împotriva autorității parentale.

În acelaşi timp însă, autonomia excesivă poate avea efecte foarte grave mergând până la părăsirea familiei; aşa numitul "conflict între generații" începe aşadar la această vârstă şi este urmarea incapacității părinților de a depăşi modelele de comportament urmate în propria lor adolescență.

Trebuie subliniat că autonomia reclamată de adolescenți este o necesitate reală reprezentând o pregătire pentru viața de adult. Supraprotecția parentală poate avea de aceea drept rezultat formarea unui

caracter şovăielnic cu o slabă putere de apreciere a situaţiilor ceea ce determină necesitatea de a spori protecţia parentală ce stă chiar la baza acestor tulburări ale personalităţii.

În această perioadă trebuie urmărită dezvoltarea fizică, sexuală, psihică, socială a adolescentului atât de către părinţi, familie, profesori, cât şi de medicul de familie.

Dezvoltarea fizică

Dezvoltarea somatică a adolescenţilor este influenţată de factori multiplii ca: alimentaţia, habitat, urbanism, sisteme de ocrotire a sănătăţii, calitatea îngrijirilor medicale şi sociale, factori geografici. Toţi indicatorii somatici (înălţimea, greutatea, perimetrul toracic), cresc în etapa adolescenţei, în ultimele decenii asistăm la un fenomen de acceleraţie a creşterii, specifice tuturor tinerilor atât pentru adolescenţii din rural cât şi din urban.

Înălţimea adolescenţilor variază în funcţie de vârstă, sex dar şi de o serie de condiţii de viaţă amintite. Tabele speciale ne prezintă înălţimea medie pe care ar trebui să o aibă un adolescent corespunzător vârstei şi sexului.

Greutatea adolescenţilor este în continuă creştere. Asistăm la o depăşire a greutăţii ideale conform tabelelor pentru vârstă şi sex, un număr destul de mare de adolescenţi fiind hiperponderali, uneori chiar obezi.

În ceea ce priveşte capacitatea de lucru a adolescenţilor, trebuie remarcat faptul că aceasta este diferită de la un adolescent la altul, dar la toţi apare mai precoce decât la adulţi fenomenul de oboseală după o activitate fizică sau intelectuală. În acest sens, orarul de lucru al adolescentului trebuie să ţină cont de capacitatea acestuia de muncă, pentru a evita surmenajul.

Dezvoltarea sexuală

În acest stadiu apar primele probleme legate de maturizarea sexuală a tinerilor, probleme de mare importanţă dacă se ţine seama de faptul că erotismul este tendinţa originară pe care se grefează socializarea. Atitudinea părinţilor faţă de această problemă trebuie să dovedească mult tact pentru a evita atât libertinajul (cu toate consecinţele sale), cât şi reprimarea violentă (nu mai puţin nocivă).

Dezvoltarea psihică

Pubertatea este perioada din ciclul vieţii de familie care este trăită diferit de cele două sexe. Băieţii au tendinţa de a se îndepărta de fete şi de a forma grupuri de băieţi de aceeaşi vârstă. Pubertatea este perioada de instabilitate emotivă sau chiar de agresivitate. Fidelitatea este ridicată la rang de principiu, de multe ori adolescentul nu realizează lipsurile sau carenţele din comportarea colegilor. Aspiraţiile adolescentului sunt spre autoeducaţie şi autoconducere. El nu mai acceptă sfaturile părinţilor şi profesorilor, dorind să participe activ la formarea sa.

Dezvoltarea socială

Mediul social în care îşi desfăşoară activitatea adolescentul, sistemul de relaţii interumane, care îi este propriu, formează matricea comportamentului social. În acest cadru adolescentul ia contact cu etica socială, cu sistemul de valori. Strategia psihopedagogică în dezvoltarea sa socială nu este de a–i indica calea de urmat ci de a asista la descoperirea acestor căi de către el însuşi.

Adolescentul în această perioadă caută a–şi defini identitatea psihosocială, de a–şi realiza imaginea despre sine şi prin observare şi autoapreciere să participe la realizarea sa.

Pe perioada celor zece ani, dificultăţile sunt multiple, iar o familie stabilă, optimă va găsi modalităţile pentru a face faţă acestor schimbări.

Duvall concretizează problemele ce trebuiesc rezolvate:

- controlul ferm al libertăţilor adolescenţilor în familie şi colectivitate;
- responsabilitatea părinţilor să fie împărţită cu adolescenţii;
- succesele şcolare în opoziţie cu dezvoltarea socială;
- stabilitatea familiei în contrast cu libertatea adolescenţilor;
- devotamentul în contrast cu atitudinea lipsită de răspundere.

Familia trebuie să manifeste multă flexibilitate pentru a rămâne stabilă, să facă faţă stresurilor multiple şi diferite.

Stadiul 6: Familia gata de lansare

Familia nucleară se află în acest stadiu în pragul descompletării sale prin plecarea copiilor. Influenţa părinţilor asupra acestora din urmă are acum limite bine fixate şi se exercită doar de la distanţă. Rolul de părinte îşi pierde din importanţă, iar limitarea sferei de exercitare a autorităţii poate afecta întregului grup (mai susceptibile fiind aici familiile în care autoritatea este exercitată de un singur membru).

Părinţii ajunşi la această etapă îşi privesc poziţia dintr–un context multiplu:

- al sănătăţii fizice şi psihice;
- al carierei profesionale;
- al realizărilor familiale.

Caracteristicile acestei etape pentru părinţi sunt:

- de acceptare a ieşirilor din sistemul familial nuclear şi a intrărilor în sistemul familial lărgit;
- de a–şi rearanja relaţiile maritale.

Relaţiile ce se stabilesc cu tinerii la părăsirea căminului trebuie să fie relaţii de tip adult–adult, iar părinţii trebuie să–i accepte pe partenerii acestora precum şi noile sisteme familiale. Această etapă, cu schimbările ce se produc în structura, organizarea şi funcţiile familiei, prinde adesea familia nepregătită, incapabilă să înţeleagă dorinţa de independenţă a tinerilor. Părinţii trebuie să înţeleagă şi să accepte situaţia pentru a păstra o comunicare eficientă cu viitorul cuplu.

Din punct de vedere medical, în acest stadiu îşi fac simţită prezenţa cel mai adesea simptome ale unor boli cronice (HTA, afecţiuni biliare etc.) care pot fi agravate de tensiunile specifice acestui stadiu. Medicul de familie trebuie să evalueze perspectiva evoluţiei stării de sănătate a familiei în criză precum şi a tânărului ce părăseşte domiciliul părintesc. El trebuie să acorde asistenţă medicală preventivă şi curativă atât familiei cât şi celui care pleacă.

Stadiul 7: Familia "cuib gol"

În acest stadiu se încheie etapa familiei cu copii. Deveniți adulți, aceştia părăsesc casa părintească, întemeindu–şi familii proprii. Tranziția la noua situație ne se face fără dificultăți de adaptare (s–a observat de pildă o divorțialitate ridicată la cuplurile aflate în acest stadiu). Principala problemă pe care o are de rezolvat cuplul familial este ocuparea timpului rămas liber prin degrevarea soților de sarcinile educaționale, consecința eşecului în această tentativă fiind apariția depresiunilor nervoase.

Un factor de protecție în apariția acestora îl reprezintă rolul de bunic. Naşterea primului copil în noua familie, aduce schimbarea de rol, iar bunicii se bucură de ocazia de a avea mult timp nepoții alături de ei, de a se bucura de creşterea lor fără însă a avea responsabilitățile părinților. De obicei relațiile cu familia nou formată se îmbunătățesc la apariția nepoților. În lipsa nepoților familia "cuib gol" îşi reorientează interesele către exterior, către contacte sociale cu grupurile de vecinătate, cu familia lărgită.

Stadiul 8: Pensionarea

Pensionarea cunoaşte mai multe perioade caracteristice:

- prima perioadă, denumită şi luna de miere, este o perioadă plină de bucurii şi satisfacții. În această perioadă individul se bucură de libertatea de a–şi folosi timpul cum doreşte, tot programul se desfăşoară altfel decât până acum.
- a doua perioadă este o perioadă de dezamăgire, de stres maxim. Persoana pensionată se adaptează greu la noile probleme pe care le pune etapa şi care pot fi multiple. S–a constatat că femeile se adaptează mai repede acestei situații față de bărbați.

Dacă pentru soție pierderea rolului de mamă este compensat de alte activități casnice, pentru bărbat ieşirea la pensie poate reprezenta un factor de grav dezechilibru psihic. Pensionarea se asociază de obicei cu pierderea încrederii în sine, pierderea prestigiului social, sentimentul dependenței de ceilalți şi resentimente care pot sfârşi ca şi în cazul anterior, în depresiuni grave.

Totuşi studiile efectuate au dovedit că mortalitatea nu corelează pozitiv cu pensionarea. Este nevoie de o perioadă de reorientare în care pensionarul se străduieşte să fie util familiei, să–şi reconsidere bugetul familial, atât din punct de vedere familial cât şi afectiv. Caută posibilități de reinserție în societate, în noua postură. Dacă reuşeşte urmează o perioadă de stabilitate, în care el face față problemelor multiple atât în familie, cât şi în societate, devenind un pensionar realist. Dar cu tot procesul de adaptare, îmbătrânirea continuă şi afecțiuni vechi sau noi ajung să îl transforme în bolnav, dependent de familie sau social şi intră în perioada terminală. Parcurgerea tuturor acestor perioade în etapa pensionării nu este obligatorie.

S–au identificat, în cercetările dedicate acestei teme, patru modele de comportament ale bărbaților ieşiți la pensie:

- comportament de menținere – efectuarea de activități similare celor din viața activă;
- transfer de nevoi – satisfacerea aceloraşi nevoi cu activități compensatorii;
- comportament de retragere – pensionarea privită ca odihnă;
- apariția de alte nevoi funcționale – pensionarea privită ca eliberare de presiuni şi dobândire a libertății de a realiza activități amânate.

Alegerea unuia sau altuia din comportamentele de mai sus depinde de personalitatea bărbatului, medicul având şi aici un cuvânt important de spus.

Pentru pensionari, adesea familia rămâne singurul punct de sprijin. Ajutorul pe care familia îl acordă pensionarului poate fi moral, afectiv, financiar sau de îngrijire. Există la pensionari dorința de a–şi vedea cât mai des copiii, familia lărgită.

Scopurile familiei în etapa pensionării:

- Adaptarea fizică, psihică şi socială la schimbările survenite în această perioadă, fac ca implicațiile acestor schimbări să fie mai uşor suportate;
- Asigurarea unor condiții de viață adecvate familiei în această etapă;
- Menținerea contactului cu noile generații reprezintă un scop în dezvoltarea optimă a cuplului în această etapă. Persoanele vârstnice care nu au rude mențin contacte strânse cu familiile prietenilor, foştilor colegi, vecinii.
- Menținerea relației satisfăcătoare în cadrul cuplului, presupunând dragoste, respect, sprijin reciproc. Partenerii care ajung la vârste înaintate împreună devin foarte dependenți, îşi oferă suport reciproc şi afecțiune. Viața cuplurilor cu relații armonioase e de obicei mai lungă şi cu evenimente medicale mai reduse comparativ cu divorțații, văduvii. În această etapă târzie cuplurile pot fi foarte fericite şi uneori chiar active sexual până la vârste înaintate, ceea ce se consideră a fi benefic pentru sănătate.
- Participarea la activități de grup menține tonusul fizic şi psihic al pensionarilor şi vârstnicilor. Tulburările mentale sunt mai frecvente la persoanele cu activitate socială redusă, la cei singuri şi necomunicativi. Grupurile pot fi de ordin religios, interesul pentru religie crescând cu vârsta, dar şi de orice altă natură ce implică o activitate benefică atât pentru pensionari cât şi pentru comunitate.
- Stadiul final al familiei începe odată cu decesul unuia dintre soți, fapt care ridică problema majoră a adaptării celui rămas la rolul de văduv. Adaptarea la pierderea partenerului de viață constituie schimbări în viața de familie cu repercursiuni deosebite asupra sănătății şi dezvoltării ulterioare. Cu cât legătura cuplului a fost mai trainică şi mai lungă în timp, cu atât pierderea pare de neînlocuit. Sprijinul copiilor şi nepoților este mai mare ca oricând în acest stadiu, iar în lipsa lor în acest stadiu trebuie căutate alte resurse care să înlesnească adaptarea.

Procesul de adaptare la pierderea partenerului însumează o componentă de stres şi unele persoane nu se împacă niciodată cu această realitate. Statistic s–a constatat că femeile trăiesc mai mult. Majoritatea supraviețuiesc soților lor, iar adaptarea la bolile cronice este mai bună. De asemenea, tot statistic se constată că numărul recăsătoriilor e mai mic la femei şi mai mare la bărbați.

Adaptarea poate fi dificilă şi la pierderea unui frate sau a unei rude apropiate şi cu fiecare pierdere pregătirea pentru ultimii ani de viață e mai greu de suportat fără sprijinul eficient al familiei.

Cunoaşterea stadiilor descrise mai sus (în special în aspectele şi implicaţiile lor psiho–sociologice), reprezintă o componentă indispensabilă în acţiunea de identificare a problemelor medico–sociale ale unei familii.

Situaţiile de criză

După cum s–a văzut însă perturbarea funcţiilor familiei poate apare în orice stadiu, grupul familial fiind capabil în măsură mai mare sau mai mică să se echilibreze, contracarând influenţa factorilor destructuranţi şi menţinându–şi funcţionalitatea în limite normale.

Crizele care pot să apară pe parcursul diferitelor stadii pot fi împărţite în două categorii:

- crize tranziţionale*:* – provocate de schimbări importante
  - căsătoria
  - naşterea primului copil
  - pensionarea
  - pierderea unei fiinţe dragi
- crize netranziţionale*:* – care nu sunt legate de o anumită fază a ciclului de vital.

Acestea se pot clasifica în mai multe subclase:

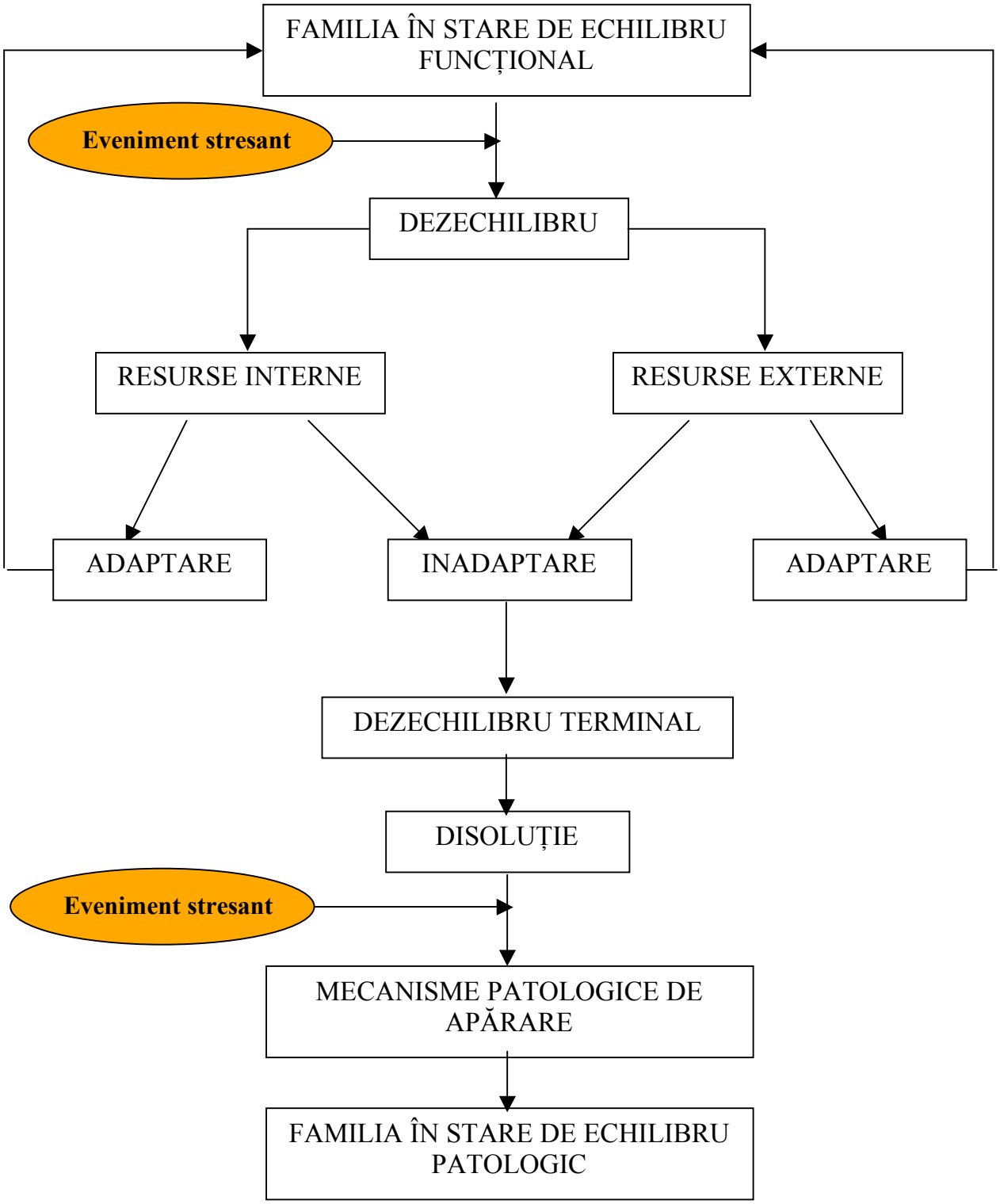
- dezmembrarea:
  - decesul unui copil, soţ, părinte
  - spitalizarea unui membru al familiei
  - separarea membrilor familiei
- creşterea inopinată:
  - sarcină nedorită
  - reîntoarcerea unui membru ce părăsise familia
  - reîntoarcerea tatălui bun sau a mamei bune
  - regruparea familiei (după calamităţi)
  - adoptarea
  - bunici în vârstă
- demoralizarea:
  - neîntreţinerea familiei
  - infidelitatea
  - alcoolismul
  - toxicomania
  - dezonoarea
- crize complexe:
  - naştere nelegitimă
  - abandonarea căminului conjugal
  - divorţ
  - închisoare
  - suicid sau omucidere

Pentru depăşirea şi stăpânirea acestor crize, care mai pot fi numite şi evenimente stresante, familia foloseşte o serie de resurse, atât interne, cât şi extrafamiliale care pot fi grupate astfel:

- resurse sociale, cuprinzând relaţiile de interacţiune şi comunicare în cadrul grupului familial, ca şi relaţiile dintre membrii acestuia şi grupul de prieteni, rude, vecini, etc;

- resurse culturale, cuprinzând seturile de valori şi norme caracteristice subculturii din care face parte grupul familial, precum şi atitudinile corespunzătoare exprimate în subcultura respectivă;
- resurse economice, cuprinzând mijloacele de subzistență ale familiei privite sub raportul stabilității lor şi al măsurii în care acoperă nevoile membrilor;
- resurse educaționale, cuprinzând nivelele de instruire ale membrilor familiei privite sub raportul în care ajută la înțelegerea situațiilor şi contribuie la rezolvarea lor;
- resurse de mediu, cuprinzând resursele de habitat;
- resurse medicale, cuprinzând gama serviciilor de sănătate disponibile.

Comportamentul grupului familial înțeles ca sistem, în raport cu mediul social, poate fi urmărit în schema următoare:



Comportamentul grupului familial în raport cu mediul social (adaptată după GABRIEL SMILKSTEIN)

Adaptarea membrilor familiei la nevoile fiecărei etape a ciclului familial precum şi posibilitatea de a face faţă tranzacţiilor şi crizelor care pot să apară în orice moment, constituie premisa dezvoltării armonioase şi sănătoase a vieţii de familie.

Inadaptarea duce la apariţia mecanismelor patologice de apărare. Acestea cuprind un evantai larg de procedee prin care membrii familiei ocolesc problemele ridicate de evenimentele stresante, adâncindu–şi criza. Dintre aceste procedee enumerăm: evitarea, conversiunea, negarea, deplasarea, amânarea, proiecţia, transferul, somatizarea, unele având o importanţă deosebită în determinarea stării de sănătate a membrilor familiei.

S–a constatat, de pildă, că un procent semnificativ din problemele pe care pacienţii le prezintă medicului sunt reprezentate de somatizarea unor tulburări psihice având la origine neacomodarea la schimbări sociale, între care problemele familiale au un rol major. De altfel, majoritatea problemelor familiale îi apar medicului mascate de simptome fizice. Astfel, bolile psiho–somatice, simptomele vagi ale unor boli organice, numărul mare de afecţiuni declarate de o persoană, consultaţii medicale la intervale scurte, obişnuinţa de a consulta mai mulţi medici sunt semne sigure ale unor disfuncţii ale grupului familial.

Un diagnostic al funcţionalităţii familiei va trebui:

- să aibă la bază informaţii privind evenimentele stresante care au afectat sau afectează grupul familial, ca şi semnificaţia atribuită acestor evenimente de membrii familiei;
- să identifice resursele interne şi extrafamiliale de care dispune familia pentru adaptarea la situaţii atipice;
- să determine mecanismele patologice folosite de familie pentru a evita disoluţia.

Într–o familie normo–funcţională, comportamentul membrilor trebuie să aibă următoarele caracteristici:

- să se bazeze pe punctele de vedere împărtăşite;
- să fie acceptate de către membri schimbarea şi dezvoltarea individului;
- să existe afecţiune reciprocă;
- să fie folosite în comun spaţiul de locuit, timpul, bugetul familial;
- să se bazeze pe acceptarea schimbărilor de rol;
- să promoveze folosirea experienţei câştigate în situaţii anterior rezolvate.

Tipologii familiale sub aspectul instituţional, istoric, situaţional–psihologic, structural–funcţional:

Modelul tradiţional:

- de mamă – perseverenţă, rigiditate, conducerea gospodăriei, educaţia copiilor;
- de tată – asigurarea securităţii economice, exemplul personal pentru copil, dominare prin autoritate;
- de copil – supus, docil, disciplinat.

Modelul modern:

- de mamă – susţinerea afectivă şi agent principal instructiv, educativ;
- de tată – flexibil, puţin autoritar, susţinător moral al copilului;

- de copil – receptiv şi activ în propria sa formare, capabil de iniţiativă şi responsabilitate.

Indicatori ai sănătăţii familiei

Familia este în prezent în centrul atenţiei cercetătorilor ca un factor precipitator, predispozant şi care contribuie la etiologia, îngrijirea şi tratarea bolilor fizice şi psihice.

Se pune un accent tot mai mare pe calcularea unor indicatori privind sănătatea familiei. Aceştia pot fi:

- indicatori demografici
- indicatori sociali
- indicatori economici
- indicatori medicali

Indicatori demografici

Caracteristicile demografice nu sunt numai variabile generale sau primare ce permit studierea sănătăţii familiei, ci pot servi ca indicatori direcţi ai stării de sănătate.

Sursele datelor de bază folosite pentru stabilirea indicatorilor demografici sunt:

- recensământul populaţiei;
- anchetele prin sondaj, studii speciale;
- statisticile stării civile;
- statisticile registrelor populaţiilor şi familiilor – de la birourile de evidenţă ale poliţiei.

Anchetele de sănătate reprezintă sursa cea mai importantă.

În ceea ce priveşte sănătatea familiei, sunt importanţi patru indicatori demografici:

- structura familiei
- mărimea familiei
- tipul de familie
- ciclul de viaţă al familiei

Ciclul de viaţă al familiei este influenţat de o serie de factori demografici:

- natalitatea
- mortalitatea
- nupţialitatea
- divorţialitatea

Tot ca indicatori demografici ai sănătăţii familiei trebuie menţionaţi şi:

- absenteismul (la muncă sau la şcoală)
- indicii de pensionare prematură (pentru invaliditate)

Indicatori sociali

În cercetarea indicilor sociali ai sănătății familiei este util a se face distincția între:

- indicii cantitativi (obiectivi) – care studiază structura familiei;
- indicii conceptuali – studiază funcționarea familiei, măsoară interacțiunile afective între membrii familiei.

Abordarea socială are două tipuri de obiective:

- obiective imediate
- obiective îndepărtate

Obiective imediate: – o mai bună cunoaştere în ceea ce priveşte starea de sănătate a colectivității, grupele particular expuse, relațiile cauză–efect între sănătate şi variabilele familiei, măsurile preventive.

Obiective îndepărtate:

- prestarea serviciilor de sănătate;
- dezvoltarea cercetării în domeniul medicinii preventive, epidemiologiei, psihiatriei, sociologiei, în particular studii asupra colectivității, familiei, structurilor;
- progresul în cunoştințele privind funcționarea grupului social primar care îl constituie familia.

Indicatori economici

Abordarea economică a sănătății familiei prezintă interes pentru medic în măsura în care factorii economici pot să o influențeze. Două aspecte economice principale au făcut obiectul a numeroase studii:

- costul bolii pentru familie;
- impactul bolii asupra familiei;

Indicatorii de sănătate a familiei este rezultatul caracteristicilor diferiților săi membri. Cu cât familia este mai numeroasă cu atât riscul ca unul dintre membrii săi să fie bolnav este mai mare. În această privință trebuie să se distingă doi indici ce măsoară starea de sănătate:

- primul, fondat pe date individuale;
- al doilea, se bazează pe grupul familial – este vorba de regruparea informațiilor individuale care privesc membrii familiei şi care unite interesează ansamblul familial.

Se pun astfel în lumină riscurile cumulative, ceea ce va permite să se determine categoriile de familii cu risc înalt.

Un mare număr din variabilele folosite sunt cunoscute şi efectele lor diferă de la o societate la alta, de la o fază la alta a ciclului familial şi de la un tip de familie la altul. Este important deci, să fie puşi la punct noi indicatori care să permită şi în particular indicatori care să permită prevederea apariției unei boli mentale sau fizice.

Noii indicatori ar prezenta mari avantaje în măsura în care ar permite:

- depistarea familiilor puternic expuse riscului de boală mentală sau fizică;
- calcularea numărului şi procentului familiilor în populație;

- organizarea şi planificarea serviciilor de sănătate şi serviciilor sociale;
- efectuarea mai multor studii epidemiologice;
- ameliorarea învățământului medical universitar şi post universitar.

Indicatori medicali

Indicatorii medicali sunt de două tipuri:

Indicatori în raport cu sănătatea mintală.

Aceasta presupune, în prealabil, definirea bolii mentale.

Literatura consacrată sănătății mentale menționează frecvent anumiți indici pozitivi şi mai ales:

- absența simptomelor psihiatrice;
- sentiment de satisfacție;
- exercitarea eficientă a funcțiilor sociale.

Evaluarea incidenței şi prevalenței bolilor mentale a permis obținerea unor rezultate mai bune. Cum nu există o metodă tip de a măsura incidența şi prevalența bolilor mentale,
s–a recurs la datele asupra modalității de utilizare a serviciilor psihiatrice.

De asemenea s–a examinat relația între indicii primei internări într–un spital psihiatric şi incidența tulburărilor mentale, ca şi între indicii de spitalizare şi prevalența bolilor mentale.

Indicatori în raport cu sănătatea fizică – indicatori fizici.

Din această grupă de indicatori fac parte:

- prevalența factorilor de risc în familie;
- prevalența bolilor în familie;
- agregarea bolilor în familie;
- identificarea familiilor cu risc crescut de îmbolnăvire.

În calcularea indicatorilor fizici s–a pornit de la ideea că, este necesar a decela în colectivități familiile cu risc crescut. În acest scop se măsoară indici care țin cont de:

- efectele evoluției sănătății asupra funcțiilor familiei şi asupra relațiilor între membrii familiei;
- modul în care caracteristicile familiei (structura, tipul, profilul său cultural, social, economic), influențează sănătatea familiei.

O publicație a O.M.S. asupra aspectelor statistice ale grupului familial în studiile sanitare, a arătat că sănătatea membrilor familiei poate fi măsurată după criterii ca:

- existența unei boli sau a unui proces patologic antrenând o disfuncție;
- absența bolii aparente;
- existența unei bune stări de sănătate atestată de:
  - dezvoltarea fizică
  - funcțiile psihologice
  - probe biochimice.

Bibliografie

Berer M. *Making abortion seif: a matter of good public health policy and practice,* Buletin of WHO – Reproductive Health, vol.78, 2000

David G. *Problemes economiques poses par l'assistance medicale e la procreation,* Journal d'economie medicale, 1996

Enachescu D., Marcu M. Gr., ***"Sănătate publică şi management sanitar"****, Editura All, Bucuresti, 1998*

Enachescu, D., Marcu, Aurelia – ***"Caracteristici medico – sociale ale sanatatii familiei"****, Institutul de Igiena si Sanatate Publica, Bucuresti, 1985*

Giddens A.; ***"Sociologie",*** *Editura All, Bucureşti, 2000*

Goode W.; ***"World revolution and family patterns",*** *The Free Press, New York, 1970*

Greene M. *Lessons and future programmatic directions for involving men in reproductive health. Programming for male involvement in reproductive health,* Report of the meeting of WHO Regional Advisers in reproductive health, Washington DC, USA, september 2001

Jompan, A. – ***"Medicina Familiei"****, Editura Helicon, Timisoara, 1997*

Levi-Strauss C.; ***"Antropologia structurală",*** *Editura Politică, Bucureşti, 1973*

Manolescu, A. – ***"Managementul resurselor umane",*** *Editura Coresi, Bucuresti, 1999*

Marcu Gr.M., Minca Dana Galieta *Sanatate Publica si Management Sanitar,* Ed Universitara "Carol Davila", Bucuresti, 2003

Mihăilescu I.; ***"Sociologie generală****", Editura Universităţii, Bucureşti, 2000*

Minca, D.G. , Marcu, M.G. – ***"Sanatate publica si management sanitar, Note de curs pentru invatamantul post-universitar",*** *Editura Universitara "Carol Davila", Bucuresti, 2004*

Mitrea, Georgeta – ***"Valori si atitudini familiale",*** *Academia Romana, Institutul National de Cercetare a Calitatii Vietii, 1993*

Mitrofan I., Ciupercă C., ***"Psihologia şi terapia cuplului"****, Editura Sper, Bucureşti, 2002*

Mitrofan I., Mitrofan N. , ***"Familia de la A la … Z"****, Editura Stiinţifică, Bucureşti, 1991*

Pricop F. *Planificare familiala. Elemente interdisciplinare,* Casa de editura Venus, Iasi, 1997

Rotariu T., Iluţ P.; ***"Sociologie",*** *Editura Mesagerul, Cluj-Napoca, 1996*

*Starfield, Barbara – **"Primary Care – Balancing Health Needs, Services and Technology"**, Oxford University Press, 1998*

*Trebici, V. – "**Demografia"**, EDP, Bucuresti, 1979*

*Ursoniu, Sorin – **"Management sanitar"**, Editura de Vest, Timisoara, 2000*

*Van Es, J.C.- "**Medicul de familie si pacientul sau**", Editura Libra, Bucuresti, 1997*

*Vladescu, C. (coord.) – **"Mangementul serviciilor de sanatate**", Editura Expert, Bucuresti, 2000*

*Voinea M.; **"Psihosociologia familiei"**, Editura Universității, Bucureşti, 1996*

*Vulcu, L., Cojan, A -, "**Management – note de curs pentru conducerea serviciilor** medicale sau sociale", vol. 1, Sibiu, 1996*

*Zamfir C., Vlăsceanu L.(coord); **"Dicționar de sociologie",** Editura Babel, Bucureşti, 1998*

**** - Codul Deontologic al Colegiului Medicilor din Romania*

**** - Raportul national al dezvolatarii umane, 1998, Romania realizat de Academia Romana, Bucuresti, 1998*

**** - www.inahta.org*

**** - www.infoeuropa.com*

**** - www.ms.ro*

*** *Anuar de statistica sanitara 2001*, Ministerul Sanatatii, Centrul de calcul, statistica sanitara si documentare medicala, 2002

*** HG nr.169/2003 privind organizarea si finantarea programelor de sanatate

*** *Leadership in Logistics: A Slide Show for Family Planning Policymakers, 1995*, www.cdc.gov/nccdphp/logistic/global_anresour.html

*** Legea 100/1998 privind asistenta de sanatate publica

*** Ordinul MS 136 privind înființarea cabinetelor de planificare familialã

*** *Programul național 3 de sãnãtate a copilului şi familiei*, www.gov.ro/obiective/msf/volumul2/pdf

*** Studiul: *"Sãnãtatea Reproducerii",* raport final, martie 2001

*** *The X Family Planning – A commitment to reproductive health*, Center for Reproductive Rights, www.crip.org/pub_fac_titlex2.html